CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. 6 SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

TECHNIKA OPERACYJNA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

ROK II. Nr. 7

15.VII.1937.

CHIRURG POLSKI

ROK II. WARSZAWA, 15 LIPCA 1937 R. Nr. 7

O kierunku współczesnej chirurgii

podał

Prof. Dr Ludwik Zembrzuski.

Od czasu rozkwitu nowoczesnej chirurgii, tj. po wynalezieniu środków znieczulających ogólnych i wprowadzeniu aseptyki, można zauważyć w tej specjalności lekarskiej 2 okresy. Pierwszy, trwający do początku XX wieku, właściwy również medycynie ogólnej, to okres anatomiczny, lokalizacyjny pod wpływem rozwoju patologii morfologicznej, której twórcami byli *Rokitansky i Virchow*. Drugi okres — współczesny — charakteryzuje raczej kierunek fizjologiczny, będący wyrazem w nauce lekarskiej dążeń syntetycznych, przeciwstawiających się poprzedniemu prądowi, rozumowania niemal wyłącznie analitycznego. Patologia komórkowa, która zapanowała niepodzielnie w drugiej połowie XIX wieku i nadała swoiste piętno całej medycynie, przyczyniła się niewątpliwie do wielu cennych zdobyczy w dziedzinie zarówno teoretyczno - naukowej, jak i praktyczno - klinicznej. Jednak ten zbyt wybujały kierunek doprowadził do pewnej jednostronności w medycynie ogólnej i w chirurgii. W medycynie wewnętrznej przyczynił się np. pośrednio do powstania szkoły w pewnym stopniu nihilistycznej w stosunku do terapii. Postępowanie lekarskie sprowadzało się do tego, że klinicysta daleko więcej przywiązywał wagi do ścisłości badania i rozpoznania wrzekomo umiejscowionych schorzeń i ich charakteru, niż do leczenia. Miało to miejsce tymbardziej, że diagnostyka, oparta o zmiany anatomo - patologiczne miejscowe bez dostatecznego uwzględnienia stanu ogólnego organizmu i jego czynności, zwężała pole stosowania leków, mogących mieć wartość działania tylko miejscowego.

W chirurgii natomiast ten kierunek anatomiczny (morfologiczny) stał się punktem wyjścia dla jej niezwykłego rozwoju, zwłaszcza w zakresie techniki operacyjnej, dzięki której, zdawałoby się, można było dokonać tego, czego osiągnąć nie potrafiła klinika wewnętrzna, tj. usunięcia zmian ograniczonych, miejscowych. Toteż chirurgia „anatomiczna" śmiało dotarła do wszystkich niemal narządów i zakątków ustroju, dążąc do doszczętnego usuwania wszystkiego co tylko dało się usunąć. Atoli ten radykalizm w chirurgii, pomimo swego tryumfującego pochodu, okazał się zbyt jednostronny i niewystarczający do osiągnięcia właściwego celu. Usunięcie, „wycięcie", „odcięcie" itp. ogniska chorobowego, czyli wyeliminowanie jego miejscowe nie mogło być jednoznaczne z wyleczeniem chorego organizmu, w którym poszczególne elementy morfologiczne powiązane są harmonijnie przez elementy czynnościowe.

Bodaj że najpierw we Francji, gdzie skłonność do rozumowania syntetycznego przeważa nad myśleniem analitycznym, dawna paryska szkoła chirurgiczna anatomiczna z *Péanem, de Quénu, Lecènem* i innymi na czele poczęła ustępować z począt-

kiem XX wieku miejsca szkole nowej — lionskiej, fizjologiczno - chirurgicznej z jej najwybitniejszym przedstawicielem *Lerichem.* Na dobro chirurgii należy zapisać, że wcześniej od medycyny ogólnej rozpoczęła odwrót od wyłącznego myślenia i postępowania anatomicznego i weszła na drogę kierunku fizjologicznego i ogólno - syntetycznego. W październiku roku 1933 zebrał się 42-gi kongres chirurgów francuskich, reprezentujących nowy kierunek, kiedy w tym samym roku i miesiącu otwarty został dopiero 1-szy zjazd francuski terapeutyczny, w którego programie znalazła się, jako nowe zagadnienie, krytyczna rewizja dotychczasowych metod postępowania z tendencją wejścia na tory bardziej fizjologiczne, farmako-dynamiczne, przy uwzględnieniu potrzeb całego chorego organizmu ze wszystkimi jego właściwościami biologiczno - psychicznymi.

Jeden z chirurgów francuskich młodszej generacji, *Métivet,* słusznie charakteryzuje działalność współczesnego chirurga, w odróżnieniu od dawnego chirurga - anatoma, jak następuje: wobec np. złamania szyjki kości udowej u starszej wiekiem osoby chirurg postępujący syntetycznie 1) wkracza wspomagany przez radiologa, jako *anatom,* mianowicie rozważa rodzaj uszkodzenia, zwraca uwagę na ułożenie złamanej kończyny, mierzy skrócenie wyszukuje oznak wklinowania lub przemieszczenia odłamów i planuje sposób leczenia z punktu widzenia osiągnięcia należytej adaptacji i prawidłowego ustawienia kończyny. 2) Jako *fizjolog* i *patolog* zdaje sobie sprawę, ze znaczenia statycznego i czynnościowego szyjki kości udowej, z częstości resorbcyjnych w niej procesów, z trudności i opóźnienia zrostu odłamów w tego rodzaju złamaniu, ze zmian zachodzących w stosunkach unaczynienia oraz unerwienia i z innego stanowiska rozważa metodę leczenia, uzupełniającą leczenie anatomiczne, przeciwdziałając wystąpieniu zmian niekorzystnych charakteru czynnościowego. 3) Jako *klinicysta,* mając przed sobą chorego podeszłego wiekiem, chirurg pamięta o możliwości powikłań ze strony płuc oraz serca i łączy postępowanie anatomiczno - fizjologiczne z leczeniem natury ogólniejszej, mającym na celu zapobiegnięcie powstaniu niepożądanych objawów ze strony narządów oddychania i krążenia. Te 3 etapy rozumowania i postępowania chirurg współczesny stosuje w swej działalności, uwzględniając nie tylko stan miejscowy, lecz również sprawność fizjologiczną i odporność ogólną ustroju, a często też liczyć się musi z czynnikami psychicznymi i położeniem socjalnym swych chorych, wybierając właściwe metody leczenia.

Słowem, chirurgia współczesna wcześniej zrozumiała od medycyny wewnętrznej, tkwiącej dłużej w tradycyjnym racjonalizmie, że zadania jej nie dadzą się rozwiązywać tylko na drodze lokalno-technicznej, lecz również na drodze postępowania bardziej wszechstronnego, syntetycznego, i że nie tylko ważnym jest „gdzie i w jakich rozmiarach" odbywa się proces patologiczny, ale i w „kim", i jakim jest owo „ja" danego chorego.

Syntetyczne stanowisko obecnego chirurga zaznacza się w wielu dziedzinach jego praktycznej działalności, świadcząc, że interesują go obok stosunków ilościowych również stosunki jakościowe w organizmie ludzkim. W patologii chirurgicznej dowodzi takiego stanowiska np. obserwacja korelacji zapalenia wyrostka robaczkowego z zajęciem pęcherzyka żółciowego (appendiculo - cholecystitis), związek zachodzący pomiędzy tworzeniem się żylaków a czynnościami gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym itp. Chirurgia coraz wybitniej wkracza na drogę postępowania w kierunku wyzyskania własności czynnościowych organizmu i zadziałania na nie, stając się chirurgią w pewnym zakresie

fizjologiczną, neuro - endokrinologiczną, której inicjatorem jest wyżej wspomniany *Leriche,* że wymienimy tylko sympatektomię okołotętniczą albo wyrywanie n. usznoskroniowego w przypadkach przetok ślinianki przyusznej i jej przewodu. Ten sam charakter fizjologiczny posiadają zabiegi takie, jak stosowanie opaski zastoinowej Biera albo zaproponowana niedawno operacja *Becka* i *Jaboulay-Leriche'a* w przypadkach słabego zrostu złamań kości i stawów wrzekomych. Tak samo postępowaniem fizjologicznym jest operowanie na nerwie przeponowym oraz torakoplastyka w niektórych postaciach gruźlicy płuc. Należą też tutaj ostatnie próby usuwania nadnerczy w chorobie Bürgera, albo wycinanie tarczycy w przypadkach niedomogi krążenia. Podobnych przykładów możnaby przytoczyć bardzo wiele, a zabiegów tego rodzaju przybywa niemal z każdym rokiem w rozmaitych modyfikacjach i ulepszeniach. Możnaby powiedzieć, że chirurgia, odwróciwszy się od nadmiernego radykalnego interwencjonizmu zasadniczego, dąży do rozszerzenia swej działalności na nowe tereny, nie tyle ściśle anatomiczne, jak fizjologiczne. Chirurgowi współczesnemu nie mogą być obce zdobycze nawet w dziedzinie chemii fizjologicznej. Np. w ostatnich czasach, nie bez udziału również chirurgów polskich, stwierdzono, że niektóre zaburzenia pooperacyjne zależą od produktów rozpadu białka w ustroju, które nie są w dostatecznym stopniu wydzielane z moczem na skutek hipochloremii; stąd wysuwają się wskazania podawania po zabiegach chirurgicznych chlorków we właściwej postaci.

Nie tylko jednak po dokonanej operacji interesuje chirurga stan chorego: niemal swoistą sztuką chirurgiczną stało się przygotowanie chorego do zabiegu, tj. wzmocnienie jego sił i czynników odpornościowych, i to nie tylko czynników fizycznych, ale i psychicznych. Chirurg współczesny nie bagatelizuje stanów emocjonalnych u chorych, którzy mają podlegać operacji. Jakże często się zdarza, że wypada odłożyć zabieg poważniejszy w przypadkach na to pozwalających, ażeby wpierw opanować i doprowadzić do równowagi nastrój pesymistyczny, usunąć obawę i depresję duchową chorego przed oczekującym go zabiegiem. Nie obojętnym jest bowiem dla przebiegu i wyników rękoczynu, czy chory znajduje się w nastroju niespokojnym, podnieconym, czy oddaje się w ręce chirurga w usposobieniu zrównoważonym, w nastroju dobrym. Jest to zastosowanie psychologii do postępowania chirurga, wzmagające dostojeństwo i powagę jego zawodu oraz umacniające podstawy zaufania i ułatwiające mu jego zadanie w imię dobra chorego. Chirurg współczesny, myślący syntetycznie, zarówno tam, gdzie jedyną drogą jest usunięcie lub poprawa zmian lokalnych, jak i tam, gdzie ma zastosować postępowanie o charakterze fizjologicznym, indywidualizuje przypadki i poszczególne wskazania, leczenie oraz rozpatruje jednostkę jako całość ze wszystkimi jej właściwościami fizyczno - psychicznymi, jako indywiduum reagujące na bodźce szkodliwe w granicach swoistych dlań procesów biologicznych.

Wychodząc z takiej zasady, należałoby w nauczaniu chirurgii na naszych wyższych uczelniach uwzględnić w pierwszym rzędzie tak po macoszemu obecnie traktowaną chirurgię ogólną, jako syntezę metod poznania schorzeń chirurgicznych oraz myślenia i rozumowania chirurgicznego, a w drugim — praktyczne nauczanie na materiale klinicznym, polegające na wpajaniu umiejętności badania (o ile możności jaknajmniej złożonego), rozpoznawania oraz wskazań i przeciwwskazań do zabiegów z uwzględnieniem nie tylko zmian miejscowych lecz stanu ogólnego, dyna-

micznego chorych. Nie chodzi o stwarzanie z młodzieży akademickiej specjalistów - chirurgów, co byłoby zadaniem nieosiągalnym i bezcelowym, lecz o nauczenie metody rozumowania chirurgicznego, niezbędnego dla każdego lekarza bez względu na to, czy i jakiej specjalności ma zamiar się poświęcić [1]).

[1]) Za niewskazane i zbędnie obciążające pamięć byłoby np. wymaganie od studentów - medyków, by posiadali umiejętność opisywania różnych metod operacyjnych, np. wycinania żołądka, operacyj przepuklin, trepanacji czaszki wraz z nazwiskami autorów poszczególnych zabiegów. Natomiast należy wymagać umiejętności udzielania pierwszej pomocy w uszkodzeniach i nagłych schorzeniach chirurgicznych, wykonywania opatrunków zranień, pierwszego opatrzenia złamań, ewent. mniejszych typowych zabiegów chirurgicznych itp. Poza tym zresztą zgadzam się z poglądami w tej dziedzinie kol. J. Rutkowskiego, który poruszył tę sprawę na jednym z posiedzeń Warsz. Tow. Lek., wywoławszy ożywioną dyskusję.

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim,
Dyrektor *Dr Janusz Peter*

i z Lecznicy Spółki Brackiej w Rydułtowach,
Lekarz Naczelny *Dr Wiktor Zając*

Dalszy ciąg doświadczeń własnych i wyników naświetlania promieniami pozafiołkowymi w chirurgii jamy brzusznej wraz z wynikami Wiktora Zająca.

podał

Janusz Peter.

W zeszycie 3/37 Chirurga Polskiego pisze *Dr Szymon Kranz* (1) o metodzie *Havlicka:* „Racjonalne w niej jest bodaj tylko unikanie podawania w przebiegu pooperacyjnym przetworów makowca. Pozostałe zalecenia *Havlicka* uważamy nawet za wręcz szkodliwe. Naświetlanie podczas zabiegu trzewi brzusznych promieniami pozafiołkowymi zmusza do rozległej ewentracji i przedłuża znacznie zabieg operacyjny, to też więcej napewno przyczynia szkód, niż przynosi korzyści. Operowanie wszystkich przypadków w znieczuleniu miejscowym wyłącznie w tym celu, aby chory sam mógł wstać ze stołu operacyjnego i o własnych siłach udać się do łóżka, nie wydaje się celowe, niczym bowiem nie jest uzasadnione. Wydaje się nam również, że polecane przez *Havlicka* rozmyślne nieusuwanie ropy w czasie zabiegu, nie przedstawia żadnych korzyści".

Jak widzimy, *Kranz* poza szczelnym zaszywaniem jamy brzusznej w jej ropnych zapaleniach, uznaje za racjonalne jeszcze unikanie podawania w przebiegu pooperacyjnym przetworów makowca, inne zaś zalecenia *Havlicka* odrzuca.

W trzy miesiące później pojawiła się publikacja, w której *E. H. Stocker* (2) podał w wątpliwość wyniki *Havlicka* i możliwość wstawania ze stołu operacyjnego bardzo ciężko chorych po dokonanym zabiegu. W konkluzji *Stocker* zajmuje również stanowisko nieprzychylne do metody *Havlicka.* Przyznaje jedynie, że u operowanych tą metodą można było zauważyć w okresie pooperacyjnym szybsze pojawianie się czynności jelit, u niektórych zaś zmniejszenie bolesności.

Powyższe publikacje skłoniły nas do podania dalszych własnych spostrzeżeń (3), uwag i sprostowań. Zanim do tego przy-

stąpimy, przypomnimy, (4), że metoda *Havlicka* polega na:

a) dokonywaniu zabiegów chirurgicznych wyłącznie w znieczuleniu miejscowym, z dodaniem w razie konieczności krótkotrwałego uśpienia, względnie odurzenia eterem, albo chlorkiem etylu, lepiej zaś gazem rozweselającym, lub evipanem. (polski preparat: sennarcol natr.);

b) zaniechaniu usuwania ropy z jamy brzusznej;

c) szczelnym zamykaniu jamy brzusznej w jej ropnych zapaleniach, po uprzednim naświetleniu jednej, lub kilku pętli jelit i sieci, z pozostawieniem sączka jedynie pod skórą;

d) wstawaniu ze stołu operacyjnego po dokonanym zabiegu, jeśli zaś pozwolą warunki, udawaniu się chorego o własnych siłach do przeznaczonego pokoju;

e) zaniechaniu u operowanych stosowania przetworów makowca, kofeiny i wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej.

Od chwili ogłoszenia w 1932 roku swych wyników na kongresie lekarskim w Kopenhadze (31), *Havlicek* nie zabrał ani razu głosu w tej sprawie, interesującej nie tylko chirurgów, lecz i fizjologów. Jak sam wyjaśnił, uczynił to rozmyślnie, by jego metoda nie podlegała kontroli dorywczej, czego, jak wiemy, niepodobna było uniknąć. W międzyczasie pojawiły się różne publikacje o naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi i podczerwonymi (pozaczerwonymi) trzewi i sieci u chorych z zapaleniem ropnym otrzewnej i z większości publikacyj wynika, że zajęto się wypróbowaniem tej metody bez zaznajomienia się z wysuniętymi przez *Havlicka* teoriami krążenia obwodowego i powstawania zakrzepów odległych (16), o których staraliśmy się powiadomić czytelnika polskiego (4). Poprzestawano zazwyczaj jedynie na naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi, czy pozaczerwonymi bez najmniejszego jednak uwzględnienia zaleceń *Havlicka.*

W poprzedniej publikacji (3) podzieliliśmy chirurgów, zajmujących się sprawdzaniem metody *Havlicka,* na trzy grupy: 1) zwolenników, 2) usposobionych przychylnie i 3) przeciwników. Tym ostatnim śmiało można postawić zarzut rozporządzania znikomym materiałem obserwacyjnym oraz to, że przeprowadzali leczenie kompromisowo, t. j. że z pośród postulatów *Havlicka* wybierali dowolnie te, które im dogadzały. Nic dziwnego zatem, że nie mogli potwierdzić wyników osiągniętych przez *Havlicka.* Z niektórych prac nie można nawet dojść, czy zalecenia były w ogóle przestrzegane, czy w czystej formie, czy kompromisowo (6).

Z przeglądu dotychczasowego piśmiennictwa w tej sprawie wynika, że nikt nie przestrzegał ściśle wytycznych *Havlicka* poza *Paschoudem* z Lozanny (7), który operował albo w znieczuleniu miejscowym, lub w uśpieniu gazem rozweselającym, albo kombinował obydwa sposoby, zaszywając szczelnie jamę brzuszną. W początkowym okresie również i my nie mogliśmy się nagiąć do ścisłego przestrzegania zaleceń *Havlicka.* Szybko jednak nabraliśmy przekonania do metody i z około 40-tu ropnych przypadków brzusznych jedynie u 5-ciu pierwszych pozostawiliśmy w jamie brzusznej rurkę gumową, lub cienką tasiemkę gumową, jednak później u wszystkich pozostałych zaszywaliśmy jamę brzuszną. Miejscowe znieczulenie wyparło u nas niemal całkowicie eter, który stosujemy obecnie tylko w wyjątkowych razach, np. podczas wyłaniania wyrostka robaczkowego, znajdującego się w rozległych zrostach, do czego zresztą byliśmy zmuszeni uciekać się w niewielu przypadkach. Dowolnie natomiast postępowali: *G. Breitner* (32), *Nicole* (9), *Nowotny* (10), *Wicke*

(11), *Petermann* (12), *Sehrt* i *Hegar* (13).

Z dotyczącego piśmiennictwa również nie można pewnie osądzić, czy przestrzegano niepodawania przetworów makowca, wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej (14) i kofeiny, która, jak wykazał *Havlicek,* obniża zasób zasad, wytworzonych pod wpływem naświetlenia promieniami pozafiołkowymi. Właściwie tylko u *Paschouda,* który zastosował się do postulatów *Havlicka,* nie wyłączając wstawania ze stołu operacyjnego po dokonanym zabiegu, można zanotować szereg doskonałych wyników. Poza tym u *W. Zająca,* choć stosował narkozę eterową. Do tej sprawy powrócimy zresztą jeszcze. Większość chirurgów postępowała zgodnie, jedynie pod względem posługiwania się naświetlaniem promieniami pozafiołkowymi, czy pozaczerwonymi. Jedni dokonywali zabiegów w uśpieniu eterem, nie stosując morfiny, czy wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej, a poprzestając na nowalginie, inni operowali w znieczuleniu miejscowym, lecz nie pozwalali chorym wstawać ze stołu operacyjnego it.p. Nie chodziło im bowiem o stwierdzenie różnic względem przypadków nienaświetlanych, tylko o to, że w ich mniemaniu rezultaty powinnyby być stuprocentowo odmienne od dotychczasowych. Chirurg, dzielący dla porównania swój większy materiał na dwie części, i operujący jedną według metody *Havlicka,* drugą zaś bez, zdradziłby tym samym brak zajęcia się przed tym zagadnieniem krążenia, powstawania zakrzepów, czy problemem fotochemicznym. Kto chciałby się zwrócić do zagadnienia wysuniętego przez *Havlicka,* musiałby do pewnego stopnia odsunąć się od starych przyzwyczajeń, doświadczeń szkoły, z której wyszedł, lub której hołduje. Musiałby mieć odwagę pozwolić upaść niektórym zadawnionym mniemaniom i zasadom, choćby popartym przez autorytety naukowe. Dalej: powinienby odróżniać nowe myśli od pojawiających się od czasu do czasu inowacyj, czy projektów informacyjnych, które szybko zwykły zapadać się w cień zapomnienia. Każdy lekarz, a szczególnie każdy chirurg, podchodzi do inowacji pod kątem własnego punktu widzenia. Przy nadmiarze dociekań naukowych, spostrzeżeń i nowych teoryj, rozstrzygnięcie zagadnienia, co dobre i słuszne, co zaś, choć nowe i pociągające, zbudowane jest tylko na mylnych przesłankach, dane jest niewielu.

Przyznajemy z góry, że nasz materiał 198 przypadków, bez wliczenia w to 52 przypadków *W. Zająca,* nie przedstawia się liczbowo imponująco. Trudno bowiem o materiał obfitszy w lecznicach mniejszych ośrodków miejskich. Nie większy zresztą podali: inicjator *Havlicek* (108), *Breitner* (29), *Petermann* (15), *Nicole* (44), *Nowotny* (51), *Paschoud* (73), *Leriche* (157), *Wideroe* z Oslo (ponad 150, wiad. z pryw. koresp.). *Leriche,* podobnie, jak prof. *Düttmann* z Essen rozporządzają obecnie napewno większym materiałem. Ostatni, jak to wiem z korespondencji prywatnej, zebrał dotąd około 600 przypadków, w tym 25 z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej z jednym tylko niepomyślnym wynikiem, (chory przyjęty zresztą do szpitala, jako moribundus). Niektórzy, rozporządzający z racji zajmowanych stanowisk dużym materiałem, dla powodów, które niżej wyłuszczamy, podali tylko znikomą ilość spostrzeżeń, np. *Breitner* albo *Clairmont* (profesorowie klinik uniwersyteckich).

Zaznajamiającego się z dotyczącym piśmiennictwem uderzy odrazu jedna rzecz: oto przeważnie ci, między nimi i *Stocker* z Wrocławia, którzy zajmują nieprzychylne stanowisko względem metody *Havlicka,* opierają się na znikomym własnym materiale dowodowym, albo zgoła żadnym, jak np. *Erkes* z Trutnowa. Możliwe, że po-

czątkowe ich niepowodzenia wpłynęły zniechęcająco na kontynuowanie metody *Havlicka,* wymagającej w pierwszym rzędzie wiele cierpliwości. I przeciwnie: może początkowo seria pomyślnych wyników skłoniła innych do zasilenia szeregów, jeśli nie zdecydowanych zwolenników, to przychylnie usposobionych, do których i my się zaliczamy. W każdym razie ci, co wykazują się większym materiałem, należą do zwolenników nowej metody.

W naszych przypadkach było: (liczby w nawiasie oznaczają zgony).

1) Rozlanych ropnych zapaleń otrzewnej 14 (4)
2) Przedziurawień wyrostka robaczkowego z ograniczonym zapaleniem otrzewnej 24 (0)
3) Ropowiczych zapaleń wyr. rob. (ap. phlegmonosa) . 5 (0)
4) Ostrych i przewlekłych zap. wyr. rob. 46 (0)
5) Przepuklin pachwinowych i. udowych uwięźniętych . 33 (3)
6) Przepuklin brzusznych uwięźniętych 1 (0)
7) Przepuklin pachw. i udowych zwykłych 47 (0)
8) Przepuklin brzusznych zwykłych 1 (0)
9) Wnętrostw 2 (0)
10) Urazowych wyłonień trzewi . . . . 3 (0).
11) Przedziurawień żołądka 2 (0)
12) Przytwierdzeń macicy do ściany brzusznej 1 (0)
13) Wycięć nadpochwowych macicy 4 (0)
14) Wycięć całkowitych macicy 2 (0)
15) Torbieli jajnikowych . . 6 (0)
16) Ciąż zamacicznych . . . 1 (0)
17) Skrętu kiszek 2 (1)
18) Laparatomij próbnych . . 1 (0)
19) Psoitis 2 (0)
20) Zespoleń żołądkowo - jelitowych 1 (1)

Razem 198 (9)

Pominęliśmy inne przypadki, jak zapal. szpiku kostnego, spina bifida, trepanacje czaszki, wycięcie wola, zabiegi na stawach i t. p. Śmiertelność w rozlanych ropnych zapaleniach otrzewnej wynosi u nas 28.5%, ogólna w zapaleniach wyrostka rob. 3.3%, w chirurgii brzusznej 4.5%, w ograniczonych, ropnych zapaleniach otrzewnej równa się zeru.

Z naświetlanych promieniami pozafiołkowymi zmarło 9, w tym z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej — 4, u trojga z nich zapalenie pochodzenia odwyrostkowego, u czwartego niepewne, stan wszystkich po przybyciu do szpitala b. zły. Opisy trzech z nich podaliśmy w roku zeszłym (3). Czwarty, niemal identyczny z trzecim: Kat. D., lat 50, rolniczka, zmarła w 4 godziny po zabiegu chir. z powodu wyniszczenia i niedomogi mięśnia sercowego. We wszystkich czterech przypadkach ingerencja chirurgiczna była z góry przesądzona na niekorzyść, zwłaszcza w 2 ostatnich, kiedy po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w kilku miejscach zawały w krezce i obecność suchych nalotów otrzewnej, a klinicznie ciszę grobową w jamie brzusznej. W ostatnim przypadku brak było ruchów robaczkowych i obronnego kurczenia się jelit przy uciskaniu pętli, pomimo naświetlania promieniami pozafiołkowymi całej ich powierzchni w ciągu 20 minut.

Z powyższych przypadków najbardziej interesujący był trzeci:

Andrzej S. lat 28. Do szpitala przybył w 7-ym dniu choroby z objawami rozlanego zapalenia otrzewnej. Pomimo, iż chory przed zabiegiem nie mógł się utrzymać nawet w pozycji siedzącej, po zabiegu sam, o własnych siłach udał się do przeznaczonego pokoju. Ciężkie, o niepomyślnym ro-

kowaniu zmiany, stwierdzone podczas operacji, po tym niespodziewanie pomyślny dwudniowy przebieg pooperacyjny, oddanie stolca, zmniejszona bolesność, miękkość brzucha, w porównaniu do deskowato twardego przed zabiegiem, zadawalające tętno, słowem — poprawa, tak subjektywna, jak objektywna, szczególnie w pierwszym dniu po operacji, zachwiała naszą pierwotną, złą prognozę. To też zgon w 3 dni po zabiegu do pewnego stopnia nas zaskoczył. Uderzyła nas poza tym w przebiegu pooperacyjnym zmiana usposobienia chorego: około 10 godzin po zabiegu chory począł objawiać nieufność i podejrzliwość do otoczenia, stał się drażliwy i podniecony, a w trzecim dniu począł zdradzać chęć ucieczki w obawie przed otruciem. W pewnej chwili udało mu się wymknąć z zamkniętego łóżka siatkowego i wyskoczyć z wysokiego parterowego okna. Przyłapany na drodze poza szpitalem, stawiał silny opór.

Psychiczny stan chorego stał się dla nas jasny dopiero po zapoznaniu się z badaniami *Havlicka,* przeprowadzonymi w pracowni żaclerskiej nad fotochemicznym działaniem promieni pozafiołkowych. Oto, naskutek naświetlania pola operacyjnego przychodzi (jak to po raz pierwszy wykazał *Havlicek* na międzynarodowym Zjeździe radiologów w Zurychu i w St. Moritz w 1934 r.) do alkalozy, uwidaczniającej się w pierwszym rzędzie, już w krótki czas po naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi, wzrostem zasobu zasad. Czas naświetlania chorego okazał się w tym przypadku za długi i doprowadził do ciężkiej alkalozy, niestety nie rozpoznanej przez nas. Nie wiedzieliśmy jeszcze podówczas o podobnym działaniu promieni pozafiołkowych. Możliwe, że owe przealkalizowanie można było łatwo opanować, a chorego dałoby się uratować. Trudno dziś zresztą o tym wyrokować.

Z 10-ciu wyleczonych z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej 8 przypadków było pochodzenia odwyrostkowego, jeden jajnikowego, jeden niepewnego. W ostatnim chodziło o Helenę M., l. 17, znajdującą się w 3-im miesiącu ciąży. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono obecność dużej ilości płynu wysiękowo-ropnego, zawierającego ziarenkowce, łańcuszkowce i dwoinki z otoczką śluzakowatą. Wyrostek usunięto, do jamy otrzewnowej wlano 20 cm³ surowicy pneumokokowej. Wyleczenie, rana zgojona przez rychłozrost.

Z powikłań zanotowano u 4 nieznaczne ropienie podskórne, jeden raz zapalenie odoskrzelowe płuc, jeden raz ropień płuc, jako zejście zapalenia oskrzeli, stwierdzonego u obu przed operacją, poza tym u innych brak powikłań pooperacyjnych. Przeciętny czas leczenia około 15 dni.

Najbardziej interesujący był 9 letni chłopak, przywieziony do szpitala w 6 — 7 dni po zachorowaniu. Nieprzytomny od blisko 12-tu godzin. Odnóża, twarz sine, język suchy, brzuch b. silnie wzdęty. Temperatura ponad 39°. Rysy twarzy zaostrzone, oczy wpadnięte. W jamie brzusznej obficie ropa (app. perforativa). Po wycięciu wyrostka robaczkowego 20 minutowe naświetlenie promieniami pozafiołkowymi możliwie największej ilości wyłonionych jelit, opłukanych poprzednio ciepłym płynem fizjologicznym. Szczelne zaszycie jamy brzusznej (bez sączka pod skórę). Cukier gronowy, infuzja 1 litra płynu fizjologicznego, przewiezienie nieprzytomnego do łóżka. Następnego dnia chory, uważany przez nas za przypadek beznadziejny — przytomny, domaga się niecierpliwie jedzenia. W 19-tym dniu opuścił szpital wyleczony. To niezwykłe zjawisko rezurekcji dostrzegaliśmy dość często u tych, u których po zabiegu spadła gorączka. Możnaby je tłumaczyć wzrostem przemiany podstawowej pod wpływem naświetlania promieniami pozafiołkowymi (15).

Z 33 chorych, operowanych z powodu przepukliny uwięźniętej zmarło 3, mianowicie dwie kobiety, liczące 48 i 28 lat. Pierwsza przybyła w 5 dni po uwięźnięciu i zmarła w 24 godz. po zabiegu z powodu niedomogi mięśnia sercowego, druga przybyła w 4 dni po uwięźnięciu i zmarła w trzy dni po zabiegu z powodu kałowego zapalenia otrzewnej, stwierdzonego podczas operacji. Trzeci, 60 letni rolnik, zmarł w 7 dniu po zabiegu z powodu powikłania — ropowicy gazowej.

Chory przybył do szpitala w czwartym dniu po uwięźnięciu, z objawami rozlanego zapalenia

otrzewnej i niedrożności jelit. Po otwarciu worka przepuklinowego stwierdzono w nim ropę i pętlę jelita cienkiego, pokrytą grubymi nalotami. Po pociągnięciu jej wydobywa się ropa z jamy brzusznej. Jelito cienkie oraz krezka przekrwione zastoinowo i pokryte nalotami. Wyrostek bez zmian. Opłukano ciepłym płynem fizjologicznym wyłonione jelito cienkie, część grubego i sieci, po czym naświetlono je obustronnie przez 10 minut, w końcu zaszyto otrzewnę szczelnie. Na drugi dzień stolec, chory bez gorączki wykazuje apetyt. W trzy dni później wokół rany operacyjnej ropowica podskórna gazowa. Wstrzyknięto 30 cm^3 wielowartościowej surowicy przeciw zgorzeli gazowej, to samo następnego dnia. Pomimo otworzenia rany w dniu, w którym ukazały się objawy ropowicy gazowej, w piątym dniu sprawa szerzy się na okolicę krzyżowo - lędźwiową. Brzuch nadal niebolesny, miękki, czynność jelit prawidłowa. Zgon w 7-ym dniu po zabiegu z powodu ropowicy gazowej, której nie udało się opanować, pomimo iż nie była to postać groźna — szara, mięśniowa, lecz tzw. czerwona, podskórna. Punktem wyjścia był prawdopodobnie ograniczony ropień jamy brzusznej. Sprawa, którą otrzewna zdołała zlikwidować w ciągu kilku dni, rozszerzyła się w obrębie tkanki podskórnej skutkiem mniejszej odporności tej tkanki.

Z dwóch przypadków skrętu kiszek zmarł 48 l. rolnik, który zgłosił się do szpitala w 3 dni po wystąpieniu objawów niedrożności. U chorego stwierdzono przed zabiegiem nieżyt oskrzeli, poza tym ślad białka w moczu. Na wyraźne życzenie chorego dokonano zabiegu w uśpieniu eterem. Rana operacyjna zagojona przez rychłozrost. W 7-ym dniu temp. 38,2° rano, wieczorem wyższa. Obustronne zapalenie płuc odoskrzelowe. W tydzień później w obu płucach wrzody, przebijające do oskrzeli. Zgon w 26 dniu po zabiegu. Oględzin pośmiertnych nie dokonano na prośbę rodziny. Ostatni przypadek wykazuje dobitnie, jak niekiedy po udanej, krótkotrwałej operacji, na skutek narkozy eterowej, dalszy przebieg może przybrać nieszczęśliwy obrót. Ostatni przypadek dotyczy blisko 60 lat liczącej wyrobnicy, zmarłej z powodu charłactwa rakowego w 9 dni po zespoleniu żołądkowo - jelitowym. Rana operacyjna zagojona przez rychłozrost. Zgon nie stał w żadnym związku z dokonanym zabiegiem.

Z 24 przypadków z przedziurawieniem wyrostka rob. u pięciu pierwszych pozostawiono sączek w jamie brzusznej, u reszty zaszyto szczelnie jamę brzuszną, pozostawiając sączek pod skórą. Czas naświetlania był zmienny, zależnie od ciężkości przypadku, od 10 — 25 minut. W ogólności okres pooperacyjny przebiegał u sączkowanych daleko dłużej. Powikłania: tylko w jednym przypadku drugiej grupy, t. j. u niedrenowanych, utworzyło się w obrębie rany operacyjnej stwardnienie, na podobieństwo plastronu, które znikło w przeciągu 3-ch tygodni po naświetlaniu soluxem. U niektórych trwały przez kilka dni stany gorączkowe, zazwyczaj nie przekraczające 38,5°, poza tym mniej więcej w 50% pojawiło się banalne ropienie tkanki podskórnej. Innych poważniejszych powikłań nie zauważyliśmy. Przeciętny czas leczenia około 16 dni.

Appendicitis phlegmonosa — wszystkie o gładkim przebiegu, bez powikłań. Przeciętny czas leczenia 12 dni.

46 ostrych i przewlekłych zapaleń wyr. rob. Przeciętny czas leczenia około 12 dni. Brak poważniejszych powikłań poza jednym: fistula stercoralis, powstała z powodu nałożenia dwupiętrowego szwu okrężnego struną, zamiast węzełkowego jedwabiem. Po miesiącu szczęśliwe, samoistne zamknięcie się przetoki kałowej.

Czas obustronnego naświetlania od 5 — 8 minut: 9 przypadków operowano w narkozie eterowej, 1 w znieczuleniu lędźwiowym, ponieważ klinicznie stwierdzono guz, wielkości pięści, w okolicy kątniczej i liczono się ze sprawą nowotworową. Okazał się przewlekły naciek zapalny ścian kątnicy, wyrostek w twardych, nadmiernie zgrubiałych zrostach o spoistości chrząstkowatej. Wyosobnienie wmurowa-

nego wyrostka natrafiało na znaczne trudności.

Z przypadków, operowanych sposobem *Havlicka,* w jednym tylko zjawiła się w okresie pooperacyjnym bębnica, trwająca około 2 dni.

Przypadek dotyczył chorej 48 letniej, bardzo otyłej, u której wyszukanie wyrostka rob. trwało blisko 1½ godziny. Koniec wyrostka w rozległych zrostach sięgał okolicy podwątrobowej, tak że usunięcie go sprawiło niemało trudności. (oper. **E. Witer**). Wyrostek wyłuszczono wstecznie; zawierał on w miejscach rozdętych dwa kamienie kałowe, jeden wielkości dużej fasoli, drugi grochu. Zabieg, wykonany wyłącznie w znieczuleniu miejscowym, trwał ponad 2 godziny. Chora udała się sama do łóżka; po tygodniu wstaje codziennie do kąpieli z powodu obfitego ropienia z rany operacyjnej, stojącego prawdopodobnie w związku nie tyle z wpadnięciem kamienia kałowego podczas operacji do jamy brzusznej, ile z pozostawieniem części koniuszka wyrostka robaczkowego, jak to wywnioskowano później na podstawie oględzin usuniętego wyrostka. Wyleczenie nastąpiło po 36 dniach. W tym jedynym zatym przypadku wystąpiła bębnica, zgodnie z danymi innych statystyk, według których wzdęcie wystepuje najczęściej po zabiegach długotrwałych i ciężkich np. po całkowitym usunięciu macicy, lub nadpochwowym, wykonanym w przypadkach wielkich guzów, szczególnie jeśli były jednocześnie rozległe zrosty z otoczeniem itp.

33 przypadki przepuklin uwięźniętych. Poza przypadkami, zakończonymi śmiercią, przeciętny czas leczenia 12,5 dni. W jednym pojawiła się róża przyranna, która po zastosowaniu surowicy przeciwko róży i lampy kwarcowej skończyła się pomyślnie. Poza tym u 8-miu niegroźne zacieki podskórne.

W 47 przypadkach przepuklin zwykłych nie stwierdziliśmy poważniejszych powikłań, poza nielicznymi i krótkotrwałymi nieżytami oskrzeli, dwukrotnie arytmią i kilku drobnymi zaciekami. Przeciętny czas leczenia około 11 dni. Wszystkie przepukliny, urazowe wyłonienia trzew i t. d. poza przedziurawieniami żołądka, 2 przypadkami skrętu jelit, wreszcie przypadkiem ciąży zamacicznej w których zastosowano narkozę eterową, operowano w znieczuleniu miejscowym. Dwie torbiele jajnikowe również w znieczuleniu miejscowym, operacje wycięcia macicy i pozostałe — w znieczuleniu lędźwiowym perkainą.

Rzecz zrozumiała, że na podstawie dotychczasowych doświadczeń, nie można uważać zagadnienia, wysuniętego przez *Havlicka,* za ostatecznie załatwione. Wręcz przeciwnie: otworzyła się tylko nowa droga, poparta nie tylko doskonałymi wynikami *Havlicka* (16), ale przede wszystkim zebraniem i wyjaśnieniem przezeń pewnych, tak fizjologicznych, jak patologicznych faktów, których dotąd nie rozumiano i którym nie przypisywano większego znaczenia. Nie podobna się wdawać w szczegóły. Chcielibyśmy obecnie zatrzymać się tylko nad niektórymi zaleceniami *Havlicka,* by odpowiedzieć na poczynione zarzuty, dotyczące: 1) wartości naświetlania jelit i sieci promieniami pozafiołkowymi i pozaczerwonymi w ropnych zapaleniach otrzewnej, 2) znieczulenia miejscowego, 3) natychmiastowego wstawania ze stołu operacyjnego po dokonanym zabiegu chirurgicznym, 4) szczelnego zaszywania jamy brzusznej w ropnych zapaleniach otrzewnej, 5) nieusuwania ropy w czasie zabiegu, 6) powikłań w okresie pooperacyjnym, w przypadkach operowanych ściśle według metody *Havlicka.*

1. Naświetlanie.

Wykraczałoby poza ramy naszej pracy, gdybyśmy chcieli szczegółowo rozpatrywać właściwości fizykochemiczne i biologiczne promieni pozafiołkowych i pozaczerwonych. Zbierzemy tylko pokrótce najważniejsze o tym dane.

Rozróżniamy 3 rodzaje promieni pozafiołkowych: A) krótkie, przechodzące przez wodę i cienką szybkę kwarcową, B) średnie, przechodzące przez szybkę

kwarcową, a zatrzymywane przez wodę, w końcu C) długie, których nie przepuszcza ani woda, ani szybka kwarcowa. W lecznictwie używa się średnich. Promienie pozafiołkowe przenikają tkanki słabiej, aniżeli promienie podczerwone. Pierwsze zwą się również chemicznymi, gdyż polimeryzują, utleniają i t. p. Według *J. Saidmana* (17) poza właściwościami pobudzającymi i bakteriobójczymi, ich działanie znieczulające jest mniej stałe, aniżeli promieni podczerwonych, posiadających wartość promieni cieplnych. Tych znowu ciepło lecznicze wpływa inaczej, aniżeli ciepło, udzielone przez dotknięcie przedmiotem ciepłym. Pod wpływem promieni pozaczerwonych, uzyskuje się zwiększenie utleniania, przekrwienie, znieczulenie i wzmożenie czynności rozrostowej komórek i żernościowej (fagocytarnej). Oba rodzaje promieni zachowują się antagonistycznie względem siebie. Działanie promieni pozafiołkowych można wzmóc przez poprzednie naświetlanie promieniami pozaczerwonymi, i przeciwnie — działanie promieni pozafiołkowych można zobojętnić następowym naświetlaniem promieniami pozaczerwonymi.

Że promienie pozafiołkowe działają bakteriobójczo to fakt znany oddawna. *Bastien* otwierał w sali operacyjnej płytki *Petriego* z pożywką jałową; kultury udało się wyhodować tylko z płytek nienaświetlanych promieniami pozafiołkowymi. By jednakże te promienie miały zniszczyć w miejscu naświetlanym zarazki w obrębie jamy brzusznej, tego nie twierdzi ani *Havlicek,* ani tego nikt nie może się spodziewać. W założeniu *Havlicka* naświetlanie promieniami pozafiołkowymi dla celów bakteriobójczych jest ubocznym, choć cennym zyskiem. Jednakże w pierwszym rzędzie chodzi o co innego: o przywrócenie prawidłowego krążenia krwi przez otwarcie połączeń tętniczo - żylnych, dzięki promieniom pozafiołkowym. Już dawniej doszedł do tego samego wniosku *Eppinger* (29): chory z zapaleniem ropnym otrzewnej ginie wcześniej z powodu niedomogi krążenia, nim przyjdzie do zatrucia ustroju produktami bakteryjnymi, względnie, nim ustrój ulegnie czynnikowi szkodliwemu wskutek działania zarazków. Nic też dziwnego, że *Paschoud* z posiewu ropy, pobranej z jamy brzusznej przed i po naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi, nie uzyskał zgodnych wyników. Ropa, pobrana z jamy brzusznej po naświetlaniu wykazywała najwyżej zmniejszenie się kolonij, a zaledwie jeden raz nie udało się żadnej uzyskać. Podkreślić należy jeszcze raz, że problem zapalenia ropnego otrzewnej nie przedstawia się jako problem bakteryjny, lecz jako niedomoga krążenia. Pod wpływem jadów bakteryjnych spada ciśnienie krwi. Krew, nieuwolniona przez wątrobę z toksycznych produktów, niejako grzęźnie w trzewiach, skutkiem tego następuje wybitne zmniejszenie krwi krążącej, a serce nie otrzymuje w jednostce czasu potrzebnej jej ilości.

Jak dotąd w chirurgii jamy brzusznej posługują się promieniami pozafiołkowymi przeważnie Niemcy; na drugim miejscu stoją Francuzi: *Paschoud* z promieniami pozafiołkowymi, w kombinacji z pozaczerwonymi, z samymi natomiast promieniami pozaczerwonymi *Leriche* ze Strasburga (19), *Tisserand* z Besançon i *Bastien* (8). Naświetlań promieniami pozafiołkowymi dokonuje się przez krótki czas, np. w końcowym okresie operacji, promieniami zaś pozaczerwonymi przez cały czas trwania zabiegu operacyjnego.

Pierwszy, który wprowadził do chirurgii jamy brzusznej naświetlania promieniami pozaczerwonymi był *Paschoud* z Lozanny. Zauważywszy, że krótkie naświetlanie promieniami pozafiołkowymi nie daje wyraźnego znieczulenia, lecz dopiero dłuższe, przy pomocy filtra Wooda i to wtedy, kiedy wraz z nim ulegnie rozgrzaniu obej-

mująca go rama żelazna, począł używać lampy soluxowej, z nałożonym przed żarówką filtrem czerwonym, lub bez niego. Sposób ten okazał się niewygodny, działanie zaś żarówki soluxowej niewystarczające i w dodatku niedogodne, gdyż wymagało zadługiego naświetlania i zbytniego zbliżenia źródła światła do miejsca operowanego. Promienie pozaczerwone długie, wysyłane przez specjalnie skonstruowaną lampę Waltera, dały daleko lepsze wyniki. Odtąd *Paschoud,* a za nim inni, naświetlają pole operacyjne przez cały czas operacji promieniami pozaczerwonymi, promienie zaś pozafiołkowe dodają, albo w różnych momentach operacji (częściej), albo jeden raz, w jej końcowym okresie. W 1935 roku podał *Paschoud* wyniki własne 73 przypadków, wyłącznie z zakresu chirurgii jamy brzusznej. U 8-miu nie dokonał naświetlania i właśnie u tych zauważył wyraźne bóle pooperacyjne, nie dozwalające na wstawanie, ponadto w pierwszych dniach po zabiegu ograniczenie diurezy i niedrożność jelit, wymagającą licznych interwencyj.

Leriche posługuje się wyłącznie promieniami pozaczerwonymi, nie tylko w chirurgii jamy brzusznej. Na 304 operowanych miał 146 brzusznych, w tym 74 razy zabieg wykonano w uśpieniu ogólnym, a 72 w znieczuleniu miejscowym. Podaje, że wyniki stosowania promieni pozaczerwonych są tak zadawalające, że chirurg powinien ochotnie znosić niewygody, wynikające z instalacji lampy Waltera, uzyskuje bowiem zato stale korzyści następujące: przede wszystkim znieczulenie, następnie brak oligurii, wreszcie rzadkie występowanie objawów niedrożności jelit. *Tisserand* na 181 operacyj od 1936 roku, po odliczeniu 26 przypadków nagłych, uzyskał daleko lepsze wyniki, aniżeli w przypadkach nienaświetlanych. Zauważył przy tym, że im dłużej trwała operacja, tym lepsze było znieczulenie w okresie pooperacyjnym. W większości przypadków nie musiał stosować środków uśmierzających. Odnosi wrażenie, że odkąd stosuje naświetlanie, miewa mniej przykrych wyników, niż dawniej.

Havlicek potwierdził (21) spostrzeżenia *Pachouda* o doskonałym efekcie po jednoczesnym naświetlaniu obu rodzajami promieni i przyznał, że osiągnięte w ten sposób znieczulenie jest daleko lepsze, aniżeli uzyskiwane naświetlaniem tylko promieniami pozafiołkowymi. Pod wpływem promieni pozaczerwonych następuje szybko arterializacja krwi żylnej, a nawet dochodzi do tętnienia żył, krótko mówiąc — do otwarcia połączeń tętniczo - żylnych. Naświetlanie promieniami pozafiołkowymi daje ten sam efekt dopiero po pewnym czasie, analogicznie do ukazywania się rumienia na skórze, zato utrzymuje się daleko dłużej, aniżeli pod wpływem promieni pozaczerwonych. Tym samym należy uważać naświetlanie promieniami pozaczerwonymi za doskonałe uzupełnienie luki czasowej, w której brak jeszcze efektu, rodzącego się pod wpływem naświetlania promieniami pozafiołkowymi.

Jeśli chodzi o określenie wpływu naświetlania na powikłania pooperacyjne, wówczas należałoby na wstępie powtórzyć za *Bastienem:* „nie żądajmy od promieni więcej, aniżeli mogą dać". Można je uważać za jeden z czynników walki przeciw powikłaniom pooperacyjnym. Przecież zależą one od wielu rzeczy: od odporności osobniczej, od ogólnego stanu chorego, od miejsca operowanego, od warunków sprzyjających i od wielu innych, nie wymagających ,lub nie dających się bliżej zdefiniować, wkońcu... niemało i od ręki chirurga. Rozległość zmiażdżenia tkanek przy otwieraniu jamy brzusznej daje efekt inny, aniżeli na kończynach, na których daleko rozleglejsze nacięcia nie wywołują np. hiperazotemii. Naświetlanie promieniami pozafiołkowymi i podczerwonymi wpływa do-

datnio na polepszenie krążenia krwi w systemie żyły wrotnej. Stosowanie promieni pozaczerwonych jest wskazane zwłaszcza w przypadkach nagłych. Promienie te powstrzymują oziębienie tkanek i narządów, wystawionych na działanie powietrza. Oziębienie przyczynia się do powstawania wstrząsu. Zauważyliśmy, że kiedy po naświetlaniu jelit i opłukaniu ich ciepłym płynem fizjologicznym wlało się do jamy brzusznej czy zimną surowicę, antivirus Besredki, czy zimny płyn ringerowski, chory odczuwał zazwyczaj albo ból, albo nieprzyjemne sensacje, wywołujące niepokój.

Metoda naświetlania obu rodzajami promieni jest nieszkodliwa i w zupełności może wystarczyć do zwalczania zespołu objawów pooperacyjnych. Pod wpływem naświetlania nie zmienia się PH i zasób zasad, w przeciwieństwie do operowanych innym sposobem. Według *Paschouda* naświetlanie nie wpływa na obniżenie chlorków krwi, choć według innych po napromienianiach promieniami pozaczerwonymi ma się pojawiać dość często chloropenia. *(Lambret i Driessens)* (22). Z faktu, że promienie pozaczerwone nie wpływają w widoczniejszy sposób na polipeptydemię pooperacyjną wynikałoby, że skoro promienie pozaczerwone, jak to przyznają zgodnie i inni, wpływają dodatnio na zespół objawów pooperacyjnych, w takim razie rola, przypisywana polipeptydom w zespole objawów pooperacyjnych, byłaby przesadzona.

Co do naświetlań promieniami pozafiołkowymi, nie da się zaprzeczyć dodatni, niekiedy wprost błogosławiony wpływ na przebieg pooperacyjny. Zgodnie z innymi, których obchodziła raczej strona praktyczna, musimy przyznać, że zmniejszenie się objawów groźnych stoi w związku z naświetlaniem promieniami pozafiołkowymi. Niekiedy dawały się spostrzegać zwiastuny ich cofania się już podczas samego zabiegu. Potwierdziły to zresztą oględziny pośmiertne. Na dobro metody *Havlicka* musimy zapisać dalej i to, że nie można zapobiec zrostom innymi sposobami operacyjnymi. Według protokółów w Żaclerzu następuje pod wpływem naświetlania promieniami pozafiołkowymi wzrost zasobu zasad we krwi, wykazującego stale po operacjach mniejsze wartości (23 i 24). Według *Düttmanna* już w krótki czas po operacji PH krążącej krwi przesuwa się w stronę zasadową. Naskutek tego nie dochodzi do zrostów pooperacyjnych. Włóknik przy przesunięciu PH ku stronie kwaśnej wypada z fibrynogenu krwi, alkalizacja zaś sprzyja, według spostrzeżeń *Paschouda, Wickego, naszych* i in., rozpuszczaniu włóknika i jego wessaniu. Według *Havlicka* przealkalizowanie może doprowadzić do niesklejania się, poprostu niezrastania się ran operacyjnych jelit i otrzewnej. W takim wypadku chirurg, dokonujący oględzin pośmiertnych, o ile o tym nie pamięta, a znajdzie w jamie brzusznej treść jelit, może mylnie przypuszczać, że szwy były założone nieprawidłowo, lub nastąpiło ich rozejście się itp.

Szczególnie wpadającą w oczy jest poprawa kliniczna u chorych naświetlanych. Dotyczyło to również i tych, którym pozostawiono sączek w jamie brzusznej. Najważniejsze cechy to spokojne zachowanie się i wzmożenie łaknienia. Ci, którym zaszyto szczelnie jamę brzuszną, zazwyczaj wcześniej opuszczają łóżko i szpital i tym samym mogą rychlej podjąć swe zajęcia. Również i ze względów osobistych stosujemy chętnie naświetlania promieniami pozafiołkowymi. Dzięki bowiem zaufaniu, jakie żywimy do metody *Havlicka,* ustępuje troska, którą przeżywa każdy chirurg podczas zabiegu o los chorego i którą unosi ze sobą nawet po wyjściu ze szpitala.

Korzyści zatem z naświetlania przedstawiałyby się następująco: znieczulenie, otwarcie połączeń tętniczo - żylnych, które

poznaje się już podczas zabiegu po zmianie sinawego zabarwienia jelit na różowe; skutkiem naświetlania wzmaga się szybkość krążenia krwi w systemie żyły wrotnej, ustaje wsteczny prąd krwi z wątroby, wzmagający jeszcze bardziej grzęźnięcie krwi w trzewiach i sprzyjający szczególnie powstawaniu zakrzepów. Serce otrzymuje w jednostce czasu zwiększoną ilość krwi, wzrasta jej ciśnienie. Bębnica, pozostająca w związku z upośledzeniem krążenia krwi w systemie żyły wrotnej ustępuje skutkiem resorbcji gazów. Odżywają ruchy robaczkowe kiszek, powłoki brzuszne stają się miększe, zmniejsza się bolesność, podwyższa się zasób zasad we krwi. U operowanych w znieczuleniu miejscowym ponadto brak: czkawki, mdłości, wymiotów, skąpomoczu, występuje natomiast poprawa somopoczucia. Krótszy okres leczenia, szybszy powrót do pracy.

2. Znieczulenie.

Na to, iż ustrój bardziej ucierpi po zabiegu w uśpieniu ogólnym, niż w miejscowym, nie potrzeba dowodów laboratoryjnych. Wymioty, zaburzenia żołądkowo - jelitowe i zaburzenia krążenia polegają, jak się zdaje na zaburzeniu metabolizmu azotowego. Hipoglikemię i hipochloremię możnaby uważać za objaw obronny, podyktowany przez system nerwowo - endokrinalny przeciw toksycznym polipeptydom (28). Hiperazotemia, pojawiająca się po zabiegach, jest jednym z licznych zaburzeń, stojących w związku z zabiegiem, a nie ze znieczuleniem miejscowym, jak to sądzą niektórzy. Na dowód tego istnieją badania, nie stwierdzające jej u osób nieoperowanych, pomimo stosowania różnych środków znieczulających miejscowo.

Według *Havlicka* w chirurgii jamy brzusznej powinno się stosować w miarę możności tylko znieczulenie miejscowe. Niektóre zabiegi chirurgiczne większość zakładów leczniczych wykonywa wyłącznie w znieczuleniu miejscowym, by uniknąć przykrych, a nawet groźnych następstw, względnie zaburzeń pooperacyjnych, np. oligurii. Co do ostatniej, inna sprawa, że jej pojawienie się, wskazujące na odwodnienie ustroju, może być następstwem wymiotów czy potów, albo stosowania przed zabiegiem środków przeczyszczających. W pewnym stopniu może wpłynąć na nią hiperhydratacja w miejscu dokonania zabiegu. *J. Conradt* (18) stwierdził u zwierząt, po zabiegach w jamie brzusznej, zmniejszenie wody w mięśniach z poza pola operacyjnego, ponadto zmniejszenie chlorków i związków mineralnych, w przeciwieństwie do mięśni w miejscu operowanym. Zjawisko to polega nie na dążności do zobojętniania związków azotowych w miejscu operacji, gdyż owa hiperhydratacja ogniskowa stoi w związku z wysiękiem zapalno - urazowym.

Leriche przypisuje wielkie znaczenie znieczuleniu miejscowemu. Na blisko 20.000 zabiegów chir. dokonanych w jego klinice, od czasu objęcia katedry chirurgicznej w Strasburgu, trzecią część operowano w ten sposób.

Odprowadzenie krwawe przepukliny, czy operacja wyrostka robaczkowego w krótkotrwałym uśpieniu u osób zdrowych i młodych jest zabiegiem łagodnym, ale narkoza nie jest obojętna dla ludzi starych. Dla nich wskazane jest znieczulenie miejscowe, ponieważ jest mniej szkodliwe, aniżeli najnieszkodliwsze uśpienie. Jakkolwiek zoperowanie przepukliny, czy wyrostka robaczkowego należy do tzw. operacyj typowych, to jednak ze znieczuleniem miejscowym dla każdej z nich jest inaczej. Wynika to z zupełnie innych stosunków anatomicznych. Infiltracja Schleicha, w razie warunków pomyślnych, wystarczy do bezbolesnego otwarcia jamy brzusznej i do wycięcia wyrostka robaczkowego. W przeciwnym razie, albo uzupełnia się znieczu-

lenie miejscowe, albo przechodzi do krótkotrwałej narkozy.

Znieczulenie otrzewnej w dole biodrowym natrafia na trudności techniczne. By bezboleśnie wprowadzić haki do jamy brzusznej, powinno się znieczulić otrzewnę od jej strony wewnętrznej, w kierunku na zewnątrz, z obu stron, a szczególnie w dolnym kącie rany, po czym dopiero można przystąpić do znieczulania podstawy krezki. W zrostach wyrostka i kątnicy z boczną ścianą jamy brzusznej, uwalnia się je stopniowo po uprzednim obstrzykaniu płynem znieczulającym względnie po wlaniu go do jamy brzusznej, aż wreszcie dojdzie się do okolicy zakątniczej celem umożliwienia podciągnięcia kątnicy. Jeśli wyrostek znajduje się w zrostach od strony bocznej, wówczas wystarczy infiltracja okolicy zakątniczej; jeśli znajduje się za kątnicą, albo po stronie przyśrodkowej, popod jelitem krętym i krezką, konieczne jest u osób wrażliwych dodanie krótkotrwałego uśpienia.

Znieczulenie jednostronne sposobem Kappisa, dalej przykręgowe prawostronne od odcinka 10 grzbietowego do 4 lędźwiowego, albo kombinacja obydwóch, może wchodzić w rachubę jedynie wyjątkowo, np. w rozpadowej gruźlicy płuc, w zapaleniu nerek itp. Ponieważ przed operacją niezawsze można dokładnie oznaczyć położenie wyrostka robaczkowego, przeprowadzenie zaś podobnego znieczulenia w przypadku nagłym mogłoby być o wiele gorzej zniesione, aniżeli narkoza (25), celowsze byłoby zastąpić infiltrację Schleicha znieczuleniem przewodowym. A zatem nastrzykanie rombowe podskórne, potem wkłucie igły na szerokość palca powyżej i od strony przyśrodkowej od kolca biodrowego górnego poza mięsień biodrowy, by znieść przewodzenie nerwu biodrowo-pachwinowego i biodrowo - brzusznego, wzdłuż przyśrodkowej ściany talerza biodrowego, aż osiągnie się okolicę boczną kątnicy. Ten sposób nadaje się nietylko do ostrych, lecz i ropnych zapaleń otrzewnej. Dzieci i lękliwych odurza się albo przed, albo po otwarciu jamy brzusznej chlorkiem etylu, lub podczas odurzania znieczula się powłoki brzuszne, tak, że po odstawieniu chlorku etylu, właściwy zabieg można przeprowadzić przy pełnej przytomności.

Na modłę metody *Havlicka,* praktycznie rzecz biorąc, nie może pracować chirurg, mający do obsłużenia większy materiał. Niecierpliwi się, brak mu czasu. Przyzwyczajony do szybkiego załatwiania poleca nałożyć maskę. Tymczasem znieczulenie miejscowe wymaga dużej cierpliwości i umiejętności czekania, ponadto zmusza do łagodnego postępowania, drobiazgowości itp. Jeśli chirurg obdarzony jest podobnymi zaletami, to po zabiegu, dokonanym w znieczuleniu miejscowym, nie zjawi się zespół objawów pooperacyjnych, lub przynajmniej nie w ostrej postaci. „Chirurg do pewnego stopnia sprzyja pojawianiu się powikłań" powiada *Leriche,* przypisując swoje dobre wyniki znieczuleniu miejscowemu i naświetlaniu promieniami pozaczerwonymi. Na dowód tego przytacza 49 przypadków wycięcia tym sposobem żołądka, bez powikłań ze strony płuc, z jednym tylko zgonem, z powodu skrwawienia.

Dalszym, bodaj jedynym wyjątkiem, powinny być dzieci bojaźliwe i niektórzy chorzy umysłowo, zachowujący się nader niespokojnie, wreszcie przypadki, nie dające się znieczulić miejscowo, np. wycięcie macicy. Inna rzecz, że w zapaleniach ropnych otrzewnej, znieczulenie miejscowe okazuje się nie zawsze wystarczające, ale i w takich wypadkach dużo zależy od cierpliwości chirurga. Przede wszystkim nie należy poprzestawać na znieczuleniu samych tylko powłok brzusznych.

Jeśli kto u swych chorych nie widział korzystnego wpływu naświetlania, to naj-

częściej można to odnieść do tego, że zabiegi nie były wykonywane w znieczuleniu miejscowym. *Paschoud* przekonał się, że znieczulenie, spowodowane naświetlaniem promieniami pozaczerwonymi, było dobre, jeśli użyto eteru w niewielkiej ilości, znikało natomiast przy większych dawkach. Chloroform i eter są szkodliwe nietylko dla chorych osłabionych i zakaźnych, lecz dla każdego, jako środki zakłócające metabolizm ustroju. Daleko lepszym okazał się od nich gaz rozweselający: chory usypia już po minucie, budzi się szybko, przy tym rzadko bywa trapiony po narkozie wymiotami. Gaz rozweselający posiada natomiast tą wadę, iż wywołuje zbyt silne krwawienia, i wymaga skomplikowanego zestawu.

3. Wstawanie.

Mówiąc o wstawaniu po zabiegach chirugicznych trzeba rozróżniać: a) wczesne, w 3 — 5 dni po operacji, zainicjowane przez *Riesa* z Chicago w 1889 roku, b) natychmiastowe, wprowadzone przez *Havlicka*. Można z góry powiedzieć, że ostatnie przychodzi daleko łatwiej (u chorych po odprowadzeniu przepukliny, czy wycięciu wyrostka robaczkowego) niż wczesne w 3 — 5 dni po operacji. W trzecim, czwartym, a nawet późniejszym dniu po zabiegu obrzęk urazowo - zapalny w miejscu zabiegu jest tkliwszy, niż rana w dniu operacji, tym bardziej, jeśli użyto perkainy, jako środka znieczulającego. Dzięki znieczuleniu miejscowemu i naświetleniu chory po zabiegu niekiedy porusza się żwawiej, aniżeli przed zabiegiem. Zazwyczaj nawet lepiej, niż po operacji w narkozie eterowej, przy próbach tzw. wczesnego wstawania, którego chory dokonuje nietyle sam, ile obsługa, przy czym wstawanie polega wówczas na pokonaniu przestrzeni między łóżkiem, a postawionym obok niego fotelem, czy leżakiem. Z miny pacjenta poznać, że całe postępowanie nie sprawia mu przyjemności.

Jest zrozumiałe, że natychmiastowe wstawanie nie dotyczy chorych zbytnio osłabionych, lub przy istniejących innych przeciwskazaniach leczniczych i koniecznościach takich, jak nieprzytomność, niemożność wykonywania ruchów czynnych kończynami dolnymi np. po znieczuleniu lędźwiowym perkainą, wkońcu stanowczy opór chorego. Najlepiej tę kwestię pozostawić woli i chęci chorego (3). Zaznaczyć należy, że pomoc asysty przy wstawaniu chorego ze stołu operacyjnego, o ile możności powinna być niezbyt czynna, chory bowiem powinien sam się przemóc, by nabrać otuchy we własne siły.

Z uwag *Kranza* wynika, jakoby w metodzie *Havlicka* miało się stosować znieczulenie miejscowe wyłącznie w tym celu, by chory sam mógł wstać ze stołu operacyjnego i o własnych siłach udać się do łóżka. Do tego bezwzględnie metoda nie zmierza i ani *Havlickowi,* ani nikomu ze zwolenników jego metody nie przyświecałby nigdy podobny cel. Dla jedynego efektu natychmiastowego wstawania, nie stosowałoby się znieczulenia miejscowego. Wstawanie jest logicznym, niezbędnym uzupełnieniem metody naświetlenia podczas operacji. Chodzi o to, iż sposób ten jest najlepszym środkiem dla ustrzeżenia się przed powikłaniami pooperacyjnymi, szczególnie przed powstaniem zakrzepów i zapaleniem płuc. *Dahl Iversen* i *Ramberg* są raczej za natychmiastowym wstawaniem, aniżeli za wczesnym, a to dlatego, że później mogłoby dojść do oderwania się czerwonego zakrzepu (22). Czyż poza tym nie mają znaczenia inne czynniki, jak dobroczynny wpływ na psychikę chorego i efekt moralny? Już samo odejście z sali operacyjnej o własnych siłach niewątpliwie dodatnio

wpływa na chorego. Maleje depresja, wraca otucha i wiara, że skoro tuż po operacji może stawiać kroki jak zdrowy, to cierpienie jego snać nie należy do groźnych. Wracają też sprawniej czynności naturalne, jak oddawanie moczu i kału, co jest tym dogodniejsze, iż wielu chorym przychodzą te funkcje z trudnością w pozycji leżącej. Dla lekarza zaś mniejsza obawa powstania zaniku mięśni, odleżyn, czy wreszcie zapalenia płuc.

Niektórzy podają w wątpliwość, by chorzy po ciężkich zabiegach chirurgicznych mogli wstawać ze stołu operacyjnego o własnych siłach, pomimo, iż *Havlicek* na kongresie lekarskim w Berlinie przedstawił film z chorą, wstającą po wycięciu woreczka żółciowego i opuszczającą salę operacyjną. W ten sam sposób, po największej części, wstają sami ze stołu chorzy po zespoleniu żołądkowo - jelitowym, a nawet po wycięciu żołądka. My w swej praktyce mieliśmy przypadek, który poucza, jak chory, po zabiegu chirurgicznym, zdolny jest do wyczynów, godnych podziwu. Mianowicie zgłosił się do nas w roku ubiegłym 64 letni handlarz wiejski, z przepukliną udową uwięźniętą. Po dokonanym zabiegu zażądał kategorycznie swego ubrania, ponieważ zapewniono go, przyjmując do szpitala, iż cierpienie jego da się łatwo usunąć, a tymczasem zrobiono mu operację. Pomimo perswazji lekarzy i sióstr uparł się i nie pozostawało nic innego, jak spełnić jego życzenie, tym bardziej, że mniemaliśmy, iż wkońcu się rozmyśli. Tymczasem obrażony chory udał się piechotą do miejsca zamieszkania, oddalonego o 3 km od szpitala, gdyż w międzyczasie odjechała furmanka, którą przyjechał. Następnego dnia przywiozła go rodzina do szpitala, a chory po 10 dniach definitywnie już wrócił zdrów do domu.

Rozumie się, że chorzy z zapaleniem ropnym otrzewnej również wstają ze stołu operacyjnego po dokonaniu zabiegu. Czynią to z zachowaniem ostrożności, przy pomocy pielęgniarki. W początkowym okresie zaznajamiania się z metodą *Havlicka,* wstawali ze stołu operacyjnego nawet ci, którym pozostawiono sączek w jamie brzusznej. Nie zauważyliśmy przy tym żadnych ujemnych następstw. Kiedy podobny pacjent znajdzie się w łóżku, wówczas dalsze wstawanie uzależniamy każdorazowo od naszej zgody. Zmienia położenie, podnosi się przy pomocy służby, winien jedynie pamiętać o tym, że ma jak najczęściej wykonywać ruchy kończynami.

4. Szczelne zaszywanie.

W punkcie tym powiemy krótko, że jamę brzuszną zaszywamy szczelnie w jej ropnych zapaleniach stale, bez względu na to, czy się stwierdziło naciek zapalny ściany kątnicy, budzący obawy wystąpienia martwicy ogniskowej, czy powierzchowne krwawienia na znacznej przestrzeni. Ostatnie, choćby nawet się wzmogło pod wpływem naświetlania, jak dotąd dawało się opanowywać przez dłuższe przyłożenie gazika, przepojonego surowicą normalną końską. Wyjątek do szczelnego zaszywania jamy brzusznej, w jej zapaleniach ropnych, stanowiły dotąd u nas: kałowe zapalenie otrzewnej, trwające dłużej, niż 24 godziny, względnie krócej, o ile jednocześnie istnieją rozległe zmiany otrzewnej kiszkowej i ściennej. W przypadkach ostrych, bez większych zmian, należy szczelnie zaszywać jamę brzuszną. Pouczył nas o tym przypadek postrzału brzucha z uciętego karabinka u kłusownika, dostar-

czony około 5 godzin po wypadku. Po możliwie dokładnym oczyszczeniu jamy brzusznej z kału, zaszyliśmy brzuch szczelnie, pomimo, iż kiszki były przestrzelone w 6-ciu miejscach i pomimo, żeśmy nie naświetlali promieniami pozafiołkowymi trzew. Nastąpiło wyzdrowienie z jedynym powikłaniem w postaci niewielkiego ropnia, zlikwidowanego otwarciem przez odbytnicę.

Dalszy wyjątek stanowią; otwarcie ropnia okołokątniczego od strony tylnej, kiedy nie usuwa się wyrostka robaczkowego. To samo i od przodu, jeśli zaś wyrostek został usunięty, wówczas jamę ropną naświetla się bactophosem. (lampą kwarcową chłodzoną wodą bieżącą, skonstruowaną nakształt grubego ołówka, służącą właściwie do naświetlania krwi. Na palnik tej lampy nasuwa się odpowiedni filtr uwiolowy). Jeśli bowiem dochodzimy do ropnia okołokątniczego z cięcia Mc Burneya, wówczas — w myśl zasad niedawno zmarłego *Rehna* — bezwzględnie staramy się usunąć wyrostek robaczkowy, a jeśli się da, podciągamy najbliższą pętlę jelita cienkiego i część sieci, które poddajemy naświetleniu promieniami pozafiołkowymi, następnie zaś zaszywamy jamę brzuszną szczelnie, pozostawiając sączek jedynie pod skórą.

Co do rzekomych szkód, mogących powstać naskutek rozległej ewentracji, to w pierwszym rzędzie mogłoby wchodzić w rachubę niebezpieczeństwo zakażenia pętli jelita, czy sieci, nie będących dotąd w zetknięciu z ogniskiem zapalnym. Staramy się tego uniknąć, poprzestając na naświetlaniu podciągniętej samej kątnicy i ścian jamy ropnej, aczkolwiek niebezpieczeństwo to, przy ogromnej zdolności obronnej otrzewnej, przewyższającej wielokrotnie zdolność obronną tkanki podskórnej, jest minimalne. Wskazuje na to praktyka dotychczasowa i badania doświadczalne na zwierzętach, które aczkolwiek niemiarodajne, rzucają pewne światło na tę sprawę. *Chaton* na 65 doświadczeń na zwierzętach, polegających na zakażeniu bakteriami wyłonionych pętli, naświetlonych potem promieniami pozafiołkowymi, stracił tylko 6 przypadków. W naszej praktyce mamy do zanotowania ponad 40 przypadków ograniczonych ropnych zapaleń otrzewnej, z których nie straciliśmy żadnego. Wiadomo, że niezawsze kątnicę można wyłonić na serwetkę. Niekiedy daje się tylko tyle jej podciągnąć, że zaledwie wystaje ponad poziom rany operacyjnej. Wyłanialiśmy więc poprzez ranę zakażoną ropą najbliższą pętlę jelita i część sieci, choćby poprzednio nie stykały się z ogniskiem zapalnym. W wielu przypadkach ropni ograniczonych dochodziliśmy do ogniska zapalnego poprzez wolną jamę otrzewnową. W wypadkach nawet nieszczelnego odgraniczenia serwetkami jamy brzusznej od ogniska, otwarcia go i usunięcia przedziurawionego wyrostka robaczkowego, po naświetleniu promieniami pozafiołkowymi miejsca operacji, wyłonionej pętli, w końcu zaszycia szczelnego jamy brzusznej, nie dostrzegaliśmy, by sprawa się rozszerzała. Przeciwnie: objawy zapalne cofały się, jak zwykle.

Co do sączków, stosowaliśmy je, jak wspomnieliśmy powyżej, jedynie w początkowych, niewielu przypadkach. Obecnie nie czynimy tego, ponieważ sączkowanie jamy brzusznej i naświetlanie nie mogą się ze sobą pogodzić i stoją w sprzeczności z założeniami *Havlicka.* Nawet w razie nie posługiwania się promieniami pozafiołkowymi, czy pozaczerwonymi, pozostawianie sączka w jamie otrzewnowej jet niecelowe, poza wyłuszczonymi powyżej wyjątkami. Wskazuje na to zachowanie się ustroju, jak wobec ciała obcego, polegające na szybkim odgraniczeniu sączka. Należy więc uważać sączki za środek, przedłużający jedynie ropienie.

5. Nieusuwanie ropy.

Z nieusuwaniem ropy z jamy brzusznej podczas zabiegu sprawa ma się nie tak, jak to sobie wyobrażają ci, którzy w sposób negatywny zabierali głos w tej sprawie. Przede wszystkim samo przez się jest jasne, że musi się ją usunąć z pola operacyjnego, czy to dla uzupełnienia znieczulenia, czy dla udostępnienia koniecznych szczegółów. Jeśli jelito, czy sieć, wyłonione na serwetkę, pokryte są gęstą ropą, nie zaszkodzi, a nawet jest wskazane opłukanie wyłonionych części poto, by uprzystępnić penetrację promieniom pozafiołkowym. W tym celu i w ten sposób przynajmniej zawsze postępujemy, posiłkując się ogrzanym płynem fizjologicznym. Opierając się na logicznej konstrukcji metody *Havlicka,* usuwanie ropy z p o z a terenu operacyjnego jest zbędne. Podobne postępowanie, jeśli nie przyczyniłoby szkody, nie przyniosłoby też korzyści. Takiego usuwania ropy powinno się unikać, czy zaniechać, choćby dla nieprzedłużania zabiegu chirurgicznego. Obojętne jest przytem, czy robić to mechanicznie, czy przy pomocy płynów odkażających, względnie jałowych, choćby horoskopy miały być tak nęcące, jak u *Duhamela,* który wypłukując ropę z jamy brzusznej 75% roztworem alkoholu w ilości do 4-ch litrów, miał uzyskać spadek śmiertelności z 50% na 4%. Zdolność reparacyjna otrzewnej jest tak wielka, że usuwanie ropy, nie przeszkadzającej pracy chirurga, niepotrzebnie tylko wpływa na przedłużenie zabiegu. O tej zdolności przekonywują dostatecznie relaparatomie (11), spostrzeżenia kliniczne, a przede wszystkim oględziny pośmiertne, chorych z ropnym zapaleniem otrzewnej, zmarłych w kilka dni po zabiegu, z powodu zapalenia płuc, czy innych przyczyn. Otrzewna u nich w niczym nie przypomina swym wyglądem niedawno przebytą sprawę zapalno - ropną.

6. Powikłania.

Najważniejszym zyskiem, płynącym ze stosowania metody *Havlicka,* to zmniejszenie powikłań pooperacyjnych, przede wszystkim groźnych zakrzepów. W naszym materiale nie dostrzegaliśmy ani razu zakrzepu, czy zawału. *Wideroe* z Oslo na stokilkadziesiąt przypadków miał jeden zawał u 70-letniego otyłego alkoholika. W szpitalu u prof. *Monra* (22) na 116 zabiegów wystąpił raz jeden zakrzep żył i jeden wątpliwy zawał. Pierwszy dotyczył chorej, która nie wstała po operacji ze stołu operacyjnego, poza tym otrzymywała morfinę przed i po zabiegu. Embolia dotyczyła 76-letniego z nawrotem przepukliny pachwinowej, któremu do evipanu dodano narkozę eterową. Widzimy zatem, że powikłania wystąpiły u *Monra* u tych, którzy byli leczeni nie ściśle według zaleceń *Havlicka.* W statystyce *Paschouda* są 3 zakrzepy żył, z tych 2 u kobiet, należy uważać jako nawroty. *Havlicek* u swych operowanych nie dostrzegał ani razu zakrzepu, czy zawału.

Bardzo dobre wyniki osiągnął *W. Zając* (doniesienie listowne) aczkolwiek operował w narkozie eterowej, z zachowaniem poza tym innych zaleceń *Havlicka,* np. bez wstawania ze stołu operacyjnego. Rezultaty, osiągnięte przezeń zbliżają się najbardziej do wyników *Havlicka. W. Zając,* posługując się eterem wychodzi z założenia, iż niema potrzeby go odrzucać, skoro był dotąd środkiem zadawalającym. W związku z tymi wynikami wysunął *Havlicek* zapytanie (opracowywane obecnie do druku) czy nie wchodzą w rachubę czynniki, analogiczne do interesujących spostrzeżeń *O.Mucka?* (29).

Kol. *W. Zając* z rozmaitego rodzaju za-

paleń wyrostka robaczkowego stracił jeden z powodu ropnia śledziony. Z 52 przypadków było: (liczby w nawiasie oznaczają przeciętny czas leczenia):

Appendicitis acuta	14	(9)
„ chronica . . .	10	(10)
„ phlegmonosa .	2	(20)
„ gangr. et perfor. circumscripta	14	(18)
Peritonitis diffusa z ropą w miednicy małej i w Douglasie	6	(23)
Peritonitis diff. z ropą przekraczającą colon transversum	6	(14)

U wszystkich zaszył jamę brzuszną szczelnie, pozostawiając sączek pod skórą. Z metody *Havlicka* jest zadowolony i nazywa ją niezawodną.

W końcu kilka zdań o technice naświetlań i o sprzęcie potrzebnym do tego. Zamiast laparophosu wystarczy zwykła lampa kwarcowa, możliwie z palnikiem zaświecającym się natychmiast po przekręceniu kontaktu, bez tzw. kiwania palnikiem. W braku filtru uwiolowego można się posługiwać światłem pełnym lampy kwarcowej. Odległość pola operacyjnego od palnika wynosi 70 cm. Czas naświetlania dla spraw nieropnych dla każdej strony trzew i sieci od ½ do 1 minuty. Dla spraw ropnych maximum 2½ minuty dla każdej strony — w sumie zatem najwyżej 5 minut. W razie załączenia filtru (przed palnik lampy kwarcowej) zwanego uwiolowym, czas naświetlania dla spraw nieropnych dla każdej strony trzew i sieci od 2 — 5 minut, dla ropnych od 5-ciu minut do 15-tu. Odległość palnika od pola operacyjnego niezmieniona. Filtr uwiolowy umocowuje się przed palnikiem lampy kwarcowej odpowiednio przystosowanymi łapkami metalowymi. Może być okrągły, tj. taki sam, jak w lampie soluxowej, lub prostokątny, podany swego czasu przez Jesionka do leczenia ran skórnych.

Co do źródła promieni pozaczerwonych zaznaczyć musimy, że lampa Waltera, poza wysokimi kosztami kryje jeszcze tę niedogodność, iż umieszczona na brzegu lampy bezcieniowej, tak, by dwa palniki wypadały na końcach osi długiej stołu operacyjnego, naświetla jednocześnie ręce operujących, dalej częściowo ich twarze i górną część tułowia. W laparophosie niedogodności te odpadają, w zwykłej zaś lampie kwarcowej naświetlanie można również ograniczyć tylko do pola operacyjnego, przez odpowiednie zacienienie boków lampy serwetką, tak, by światło z lampy kwarcowej nie padało na twarze operujących i asysty. W tym celu wystarczy zarzucić na płaszcz okrywający palnik serwetkę, której końce zwisając po bokach zwężają snop światła.

Obecnie konstruujemy lampę uniwersalną, która łączyć będzie w sobie zasady lampy bezcieniowej, kwarcowej, a prócz tego będzie posiadać również palniki, wysyłające promienie pozaczerwone, tak, by temperatura w miejscu operowanym nie przekraczała 56°, by nie niszczyć własności ciał ciepłochwiejnych. O wynikach doniesiemy osobno.

PIŚMIENNICTWO.

1) *S. Kranz:* W sprawie szczelnego zaszywania jamy brzusznej w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Chirurg Polski, 2 i 3/1937, 2) *H. E. Stocker:* Einige Bemerkungen zur Diagnose und Therapie des Ulcus perforatum. Zbl. f. Chir., 2/37, 3) *Janusz Peter:* Doświadczenia i wyniki własne z laparophosem w chirurgii jamy brzusznej w porównaniu z innymi. Wiedza Lekarska, 4/36, 4) *Tenże:* Tezy Havlicka, ich znaczenie i zastosowanie w praktyce. Wiedza Lekarska 2 i 12/36, 5) *Sprawozdanie* ze Zjazdu Chirurgów Krajów Alpejskich w Gracu. Zbl. f. Chir., 51/34, 6) *Walter Dick:* Bruns Beitr. z. klin. Chir. T. 161/37.

7) *H. Paschoud:* Trait. des Peritonites suppurées Rev. méd. Suisse rom., 8/34, 8) *J. Bastien*: Les Irradations infrarouges et ultra-violettes en Chirurgie opératoire, Paryż 1937, 9) *R. Nicole:* Peritonitisbehandlung mit gefiltertem Ultraviolettlicht. Unsere Erfahrungen mit Laparophoslampe nach Havlicek. Zbl. f. Chir. 1935, str. 2894, 10) *H. Nowotny:* Wirkung der Laparophoslampe bei diffuser Peritonitis. Zbl. f. Chir. 1936, str. 87, 11) *Josef Wicke*: Erfahrungen mit der Operationsquarzlampe „Laparophos". Med. Klin. 35/36, 12) *Petermann:* Peritonitis diffusa. Berliner Ges. f. Chir. 1936. Zbl. f. Chir. 9/36, 13) *Karl Hegar:* Die Havlicek'sche Laparophoslampe und ihre Anwendung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Zbl. f. Gyn., 48/36, 14) *M. Clara:* Bau und Bedeutung d. art.-ven. Anastomosen. Zbl. f. Chir., 11/37, 15) *Friedrich:* Arch. klin. Chir. 182/35, 16) *H. Havlicek:* Neue Wege der Thromboseforschung, Drezno 1934, 17) *J. Saidman:* Les rayons ultra-violets en thérapentique, 1928, 18) *J. Conradt:* Quelques modifications humorales et tissulaires postopératoires. Presse méd. 25.XII.1935, 19) *Leriche:* Sur la thrombose post-opératoire et les rayons de la prévenir d'après Havlicek. Progrés méd. 10.X.1936, 20) *Tenże:* Des moyens de réduire au minimum la maladie postopératoire. De l'opération sous rayons infra-rouges. Revue de Chirurgie. mars. 1936, 21) Archiv. f. klin. Chir. 183, 22) według Bastiena, 23) *P. Boulanger et J. Driessens:* Les variations du quotien chloro-globulaire, chloroplasmatique. Six raports avec la réserve alcaline chez les opérés de chirurgie générale. Soc. de Biologie de Lille. Séance d. 9. janvier 1932, 24) *H. Wosyka:* Untersuchungen über das Verhalten des Reticuloendothelialen Systems nach Bestrahlungen des Operationsfeldes mit U. V. Licht. Klin. Wochenschr., 49/36, 25) *H. Finsterer:* Die Methoden der Lokalanästhesie in der Bauchchirurgie und ihre Erfolge. Wiedeń 1925, 26) *Chaton:* Recherches expérimentales pour servir à la Thérapeutique des péritonites aigües. Rapp. d. M. L. Bazy. Bull. et. Mem. de la Soc. nat. de Chir. 9.IV.1924. 27) *E. Sehrt:* Die Behandlung der fortschreitenden eitrigen Peritonitis. Zbl. f. Chir. Nr. II. 1937, 28) *O. Lambert et J. Driessens:* Troubles humoraux postopératoires l'hyperglycémie. Acad. des Chir. Séance du 1.IV.1936. 29) *Eppinger:* Wien. klin. Wschr. 1934. 47, 30) *O. Muck.* Ein biologischer Nachweis der Strahlenwirkung des Kaliums auf das vegetative Nervensystem. Strahlentherapie T. 50. 1934, *tenże:* Über einen biologischen Nachweis der Radioactivität von Gesteinarten. Strahlentherapie. T. 46. 1932, 31) *H. Havlicek:* U. V. Strahlenbehanlung der eitrigen Peritonitis. Congr. Internat, de la Lumière. Copenhague. 1932, 32) *G. Breitner:* Zur Behandlung der eitrigen Peritonitis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. T. 159. str. 340 i Zbl. f. Chir. 1934. str. 2988.

Weitere eigene Erfolge und Erfahrungen mit UV — Lichtbestrahlungen in der Bauchchirurgie mit den Erfolgen des Dr Wiktor Zając aus Rydułtowy

von

Dr Janusz Peter. (Tomaszów lub.).

Auf Grund ca 250 Fällen, von denen ca 50 in Aethernarkose, sonst aber nach allen anderen Havlicek's Forderungen operiert waren, erwidert der Verfasser auf letzterschienene Vorwürfe gegen bekannten Havlicek's Postulaten und bringt dabei folgende eigene und W. Zając Erfolge: Peritonitis diffusa 24 Fälle (4 Todesf. 15% Mortalität). 38 Peritonitis circumscripta nach Append. perf. alle geheilt entlassen, 73 Append. ac. chron. und phlegmonosa mit einem Misserfolge wegen Milzabszesses (der in Aethernarkose operiert wurde), u. s. w. Ausführliche Beobachtungen, die für UV - Lichtbestrahlungsmethode sprechen.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: Płk. *Dr. T. Sokołowski.*

Wytyczne leczenia złamań kości udowej

podał

Dr Jan Skorko.

I

Jeżeli wprowadzenie gwoździa S. P. stanowi zupełny przewrót leczenia fr. colli femoris, to zastosowanie wyciągu za kość oznacza co namniej nową erę leczenia złamań trzonu kości udowej. Nie należy jednak sądzić, że samo założenie wyciągu za kość wystarcza do uzyskania dobrego wyniku. W leczeniu złamań kości udowej prócz stałego wyciągu za kość i posługiwania się odpowiednim sprzętem dodatkowym potrzeba jeszcze stałej kontroli i orientacji, a przede wszystkim dodatkowych zabiegów i rękoczynów. Leczenie tych złamań wymaga od lekarza prócz znajomości anatomii i działania mięśni także dobrego przygotowania i orientacji przestrzennej.

Z pośród tzw. typowych złamań, złamanie kości udowej sprawiało nam w Instytucie dużo kłopotów i dopiero doświadczenie, nabyte w leczeniu znacznej ilości przypadków, ujednostajniło zasady postępowania, które różnią się obecnie w wielu punktach od postępowania, podanego przez *Böhlera* w jego znanym podręczniku.

Nasze doświadczenie opiera się na spostrzeganiu 85 przypadków złamań kości udowej, których leczenie zostało zakończone w ciągu pierwszych 15 miesięcy istnienia Instytutu (1.XI. 35 — 1.II. 37). Były to przypadki złamań kości udowej z wyłączeniem złamań szyi, których mieliśmy w tym okresie 81, a których leczenie było omawiane kilkakrotnie na łamach „Chirurga Polskiego". Wyłączyliśmy także złamania kłykci udowych, ponieważ postępowanie w tych razach jest również odrębne.

Złamania, objęte załączoną tablicą, podzieliliśmy według utartego schematu na: przezkrętarzowe, podkrętarzowe, złamania trzonu i złamania nadkłykciowe, aczkolwiek w każdym z wymienionych typów znajdujemy postacie mieszane i przejściowe. Spotykaliśmy więc złamania przez i podkrętarzowe z długą spiralą górnego odłamka, zachodzącą daleko w dół na trzon kości udowej, częstokroć z jednoczesnym całkowitym odłamaniem krętarza małego (rys. 1, 2, 3, 4) złamania trzonu z utworzeniem odłamków pośrednich, a nawet z całkowitym wyłamaniem części trzonu w postaci wolnego pośredniego odłama (rys. 5) itd.

Mieliśmy również niejednokrotnie do czynienia z jednoczesnym złamaniem innych kości, jak z złamaniem kości czaszki, kręgów, kości miednicznych, kości ramiennej, podudzia (po tej samej i przeciwnej stronie), przedramienia itp. Współistnienie innych złamań jest ciężkim powikłaniem złamania kości udowej, ponieważ pogarsza ogólny stan chorego i utrudnia leczenie, zmuszając do stosowania wielorakiego sprzętu pomocniczego (rys. 6).

Rzadko spotykanym cierpieniem jest złamanie obu kości udowych. Chorzy tacy giną przeważnie wkrótce po wypadku, ponieważ doznają zazwyczaj jeszcze innych ciężkich urazów. W naszym materiale chorych spotkaliśmy się dwukrotnie z złamaniem obu kości udowych: w pierwszym

przypadku chory, który po upadku z rusztowania doznał jednocześnie rozległych obrażeń kości miednicznych oraz uszkodzeń narządów wewnętrznych, zmarł wkrótce po dostarczeniu do Instytutu; w drugim przypadku złamanie poprzeczne,



Rys. 1. Złamanie przezkrętarzowe k. udowej tuż na pograniczu linii międzykrętarzowej. Krętarz mniejszy odłamany całkowicie.



Rys. 3. Złamanie podkrętarzowe k. udowej. Krętarz mniejszy odłamany całkowicie wraz z odszczepem trzonu.

dwustronne, zupełnie symetryczne, nastąpiło wskutek uderzenia obu ud belką drzewa. Tutaj uzyskaliśmy dobry wynik.

Zasadniczą sprawą w leczeniu każdej postaci złamania kości udowej jest w pierwszym rzędzie to, w jakim okresie złamania otrzymujemy chorego. Ustosunko-



Rys. 2. Złamanie przezkrętarzowe k. udowej z odłamaniem obu krętarzy. Typowe szpotawe ustawienie odłamków.



Rys. 4. Złamanie podkrętarzowe k. udowej z odłamem pośrednim.

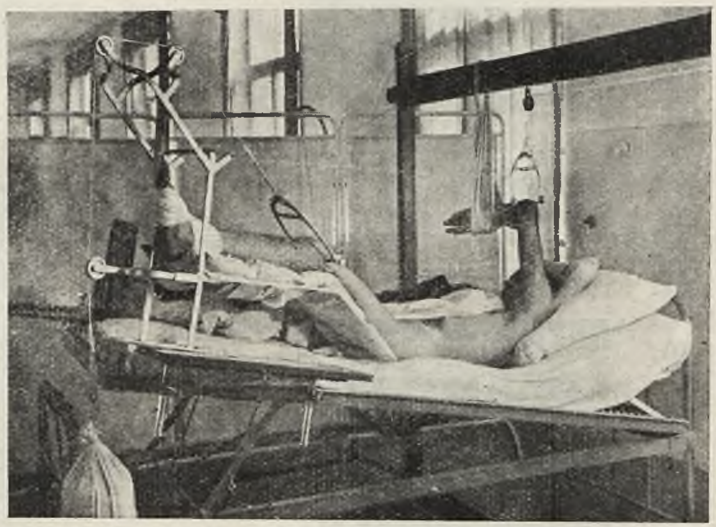
wanie nasze będzie odmienne, jeżeli otrzymujemy chorego w okresie późniejszym, tj. po upływie 2 — 4 tygodni od daty złamania. Nie potrzebujemy uzasadniać, że te właśnie przypadki są domeną leczenia

operacyjnego — tutaj wyciąg, nawet bezpośredni, nie może już dać tego, co w przypadkach świeżych. Musimy wtedy z konieczności uciec się niejednokrotnie albo do nastawienia odłamków w otwartej ranie, albo do osteotomii. Podobną sytuację spotykamy również, jeżeli leczenie zwykłe nie doprowadza w ciągu pierwszych 2 tygodni do nastawienia. Podkreślamy więc odrazu różnicę pomiędzy leczeniem operacyjnym *wtórnym*, a leczeniem przypadkach otwartych złamań k. udowej uzyskiwaliśmy z reguły rychłozrost.

Nam chodzi o sprawę zasadniczą: pierwotne leczenie operacyjne jest nieracjonalne dlatego, że przestrzegając właściwych zasad i metod leczenia, jesteśmy w stanie w większości przypadków złamań k. udowej uzyskać, jeżeli nie anatomiczne nastawienie odłamków, to dobry styk powierzchni złamania i poprawne ustawienie osi, tj. stan, który gwarantuje powrót



Rys. 5. Złamanie trzonu k. udowej z wolnym odłamem pośrednim.



Rys. 6. Przypadek jednoczesnego złamania przezkrętarzowego k. udowej i otwartego złamania k. ramiennej. Wyciąg drutowy za kość udową, wyciąg drutowy za wyrostek łokciowy sposobem Zeno.

operacyjnym *pierwotnym*, tj. operacją *świeżego* złamania kości udowej.

Nasze stanowisko w sprawie operacyjnego leczenia złamań k. udowej jest następujące: Odrzucamy operacyjne leczenie świeżych złamań kości udowej, (z wyjątkiem fr. colli femoris), nie wyłączając ponętnego dla operatora spiralnego złamania trzonu. Nie chodzi tu o infekcję, przed którą przestrzega *Böhler:* w żadnym z naszych przypadków nie przeżyliśmy takiego powikłania, a wręcz przeciwnie, w pełnej sprawności kończyny bez jej skrócenia i skrzywienia. Poza tym leczenie zachowawcze daje niepomiernie więcej szans na zrost w właściwym terminie, niż leczenie operacyjne, które sprowadza często niespodzianki w postaci opóźnienia względnie braku zrostu, szczególnie wtedy, gdy użyto endoprotezy. Sprawa ta nie może już więcej podlegać dyskusji, a przedstawianie rentgenogramów udanej osteosyntezy kości udowej nie jest w stanie ani udowodnić, że nie można osiągnąć tego bez

operacji, ani przeważyć szali niepowodzeń w postaci opóźnienia zrostu i sztywności stawu kolanowego, jakie są często następstwem nawet tzw. udanych zespoleń. Jeżeli chodzi o użycie endoprotezy do zespolenia, nie można również pominąć milczeniem faktu, że usuwanie ciała obcego naraża chorego na drugi zabieg, połączony z uszkodzeniem mięśni uda — pogarsza to jeszcze sytuację stawu kolanowego. Zupełnym nonsensem jest oczywiście pierwotna osteosynteza złamań kości udowej u dzieci.

Stanowisko nasze nie oznacza jednak, byśmy rezygnowali z leczenia operacyjnego złamań kości udowej w ogóle: odrzucamy jedynie *pierwotną operację,* mając w rezerwie leczenie operacyjne *wtórne* tam, gdzie wyciąg bezpośredni i związane z nim zabiegi zawodzą. Tutaj mamy do wyboru dwie drogi: 1) nastawienie w otwartej ranie, jako zabieg dodatkowy do wyciągu bezpośredniego, 2) nastawienie krwawe i zespolenie endoprotezą. Nasze doświadczenia prowadzą do wyboru pierwszej drogi, która jest logicznym zastąpieniem zwykłych rękoczynów, stosowanych dodatkowo w czasie działania wyciągu. A zatem, nie naruszając działania wyciągu, tj. nie przenosząc chorego z łóżka wyciągowego na stół operacyjny, otwieramy ognisko złamania, nastawiamy i zazębiamy odłamki, po czym zmniejszamy nieco wyciąg, aby uzyskać wklinowanie. Dalsze leczenie prowadzimy na wyciągu tak, jak po uzyskaniu nastawienia drogą bezkrwawą. Takie postępowanie dało nam we wszystkich przypadkach dobry wynik i *nieopóźniony zrost.*

W kilku przypadkach poprzecznych złamań operowaliśmy w oknie gipsowym po uprzednim nałożeniu opatrunku gipsowego na wyciągu, na stole opatrunkowo-wyciągowym. Do sprawy tej powrócimy osobno w części szczegółowej.

Kwalifikując chorego do wtórnego zabiegu operacyjnego, kierujemy się następującymi ogólnymi wytycznymi: 1) unikamy operowania chorych w wieku starszym, 2) decydujemy się na nastawienie krwawe przeważnie w przypadkach złamań poprzecznych, nie poddających się nastawieniu, 3) do operacji nie przystępujemy zbyt późno — zazwyczaj nie później, jak w 14 dni po złamaniu, 4) nie operujemy spiralnych złamań k. udowej, ponieważ posiadają one dużą powierzchnię złamania i dają z reguły obfitą kostninę, a uzyskanie dobrego styku i dobrej osi trzonu jest w tych razach łatwe.

Omawianie operacyjnego leczenia źle zrośniętych złamań k. udowej wykracza poza ramy niniejszej pracy.

Leczenie opatrunkiem gipsowym nie dało nam w złamaniach trzonu kości udowej dobrych wyników: nawet po uzyskaniu dobrego ustawienia odłamków i prawidłowym [1]) nałożeniu opatrunku bez waty dochodzi do uporczywych przemieszczeń kątowych wskutek działania mięśni. Nawet dodatkowe użycie peloty nie zawsze jest w stanie przeciwdziałać skrzywieniu. W jednym przypadku, pomimo kilkakrotnej zmiany opatrunku gipsowego, połączonej każdorazowo z korekcją osi, zmuszeni byliśmy nawet uciec się później do osteotomii.

Leczenie wyciągiem. Jak podkreśliliśmy we wstępie, za właściwy i decydujący czynnik leczenia złamań kości udowej uważamy wyciąg za kość. Wyciąg plastrowy w prowadzeniu złamań kości udowej u dorosłych nie może spełnić zadania i nie powinien być stosowany, gdyż, nie wytrzymuje niezbędnego obciążenia, nie działa stale w jednej osi, nie zapewnia stałego działania, a przede wszystkim działa głównie na skórę, a więc nie jest w stanie rozciągnąć mięśni. W dodatku przylepiec odlepia się i zsuwa nieraz: dochodzi do

---

[1]) Tj. w odwiedzeniu, i zgięciu w stawach biodrowym i kolanowym pod kątem prostym.

ponownego przemieszczenia odłamów, uprzednia praca idzie na marne.

Wyciąg plastrowy stosujemy jedynie u dzieci do lat 4, jako tzw. wyciąg zenitowy (rys. 7); spełnia on swoje zadanie dlatego tylko, że działa wystarczająco na podudzie. Prócz tego wyciąg plastrowy stosujemy po wystąpieniu zrostu, jako przejście do czynnych ruchów kończyną, żeby zapobiec skrzywieniu kości wskutek działania mięśni na podatny jeszcze zrost.

czoną palcami chorej. Wyloty drutu zabezpieczamy suchymi gazikami, przyciskając je lekko metalowymi tarczkami, umocowanymi za pomocą nasadek z nakrętkami.

Kość toleruje wyciąg drutowy doskonale: nawet po 8 tygodniach wyciągu nie obserwowaliśmy odczynu kości, ranki skórne goją się w dwa dni po wyjęciu drutu, a w kości nie widać na zdjęciach rentgenowskich śladu wiercenia, w przeciwieństwie do smugi resorbcji, jaką widujemy z reguły po gwoździu. Prawidłowo założony drut nie przesuwa się w kości.



Rys. 7. Wyciąg zenitowy plastrowy w przypadku złamania k. udowej u dziecka.

We wszystkich przypadkach złamań k. udowej, leczonych wyciągiem, stosujemy zawsze wyciąg za kość, używając wyłącznie drutu nierdzewnego o średnicy 0.6 — 0.8 mm i dużej klamry do napinania drutu (p. Ch. P. 3/37 str. 146). Stosowanie klamry *Schmerza* lub *Stillego,* a nawet gwoździa, którym posługuje się *Böhler,* uważamy za szkodliwe. Klamry powodują odleżyny skóry, grożące infekcją kości, gwóźdź traumatyzuje kość i dzięki dużej średnicy przekroju naraża ją na zapalenie i trudno gojące się przetoki. Na sto kilkadziesiąt wyciągów drutowych tylko w jednym przypadku, dotyczącym starej dementyczki, spostrzegaliśmy infekcję, zawle-

Każdy wyciąg bezpośredni wymaga codziennej kontroli — w razie niewielkiego odczynu zapalnego skóry w około drutu należy przenieść natychmiast wyciąg w inne miejsce, tj. wprowadzić nowy drut. W takich razach przenosimy wyciąg najczęściej na guzowatość kości piszczelowej, lub odwrotnie, z guzowatości na kłykcie, postępując tak, by nie przerywać wyciągu: zakładamy więc obie klamry i przenosimy kolejno ciężary 1-kilogramowe ze starej klamry na nową (rys. 8), po czym

zdejmujemy starą kłamrę i wyciągamy drut. W ten sposób możemy utrzymać wyciąg za kość, w razie potrzeby nawet w ciągu 4 — 6 miesięcy, nie przerywając ani na chwilę działania wyciągu.

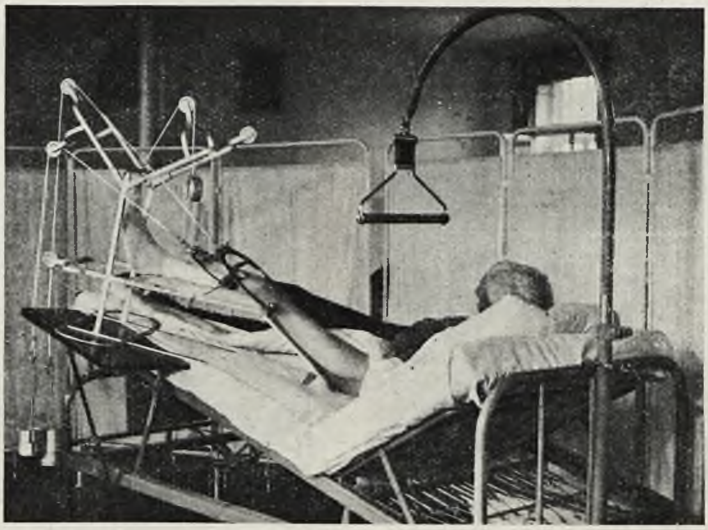
Dobrze założony drut nie wywołuje bólów; bóle występują wtedy jedynie, gdy drut przebiega zbyt powierzchownie, tuż pod okostną. Do wprowadzenia drutu używamy zawsze wiertnika elektrycznego; w celu sprawdzenia, czy drut został założony dobrze, należy po wprowadzeniu go i założeniu klamry wykonać ruch klamrą: poruszamy wtedy kość, wyczuwając charakterystyczny opór na odcinku drutu, tkwiącym w kości, a chory nie odczuwa przy tym bólu w miejscu wprowadzenia drutu.

Zasadniczo stosujemy wyciąg za kość udową, tuż powyżej kłykci, uważając, że wyciąg za guzowatość piszczela nie jest działaniem ściśle osiowym a równoległym do osi, i naraża aparat więzadłowy kolana na rozciągnięcie.

Doskonale znoszą wyciąg drutowy dzieci; żeby nie uszkadzać chrząstki przysady, wprowadzamy dzieciom drut nieco wyżej niż dorosłym.

Jedyne niebezpieczeństwo, z którym liczymy się, zakładając drut, to przedziurawienie torebki stawowej. Nie zdarzyło nam się to ani razu, ponieważ przestrzegamy, aby przed założeniem drutu opróżnić z wysięku pourazowego, czy wylewu krwawego rozciągniętą torebkę stawową. Oczywiście, przy niskich złamaniach nadkłykciowych, przewiercamy drut przez guzowatość piszczela.

Sprzęt do leczenia złamań kości udowej:



Rys. 8. Przeniesienie wyciągu za kość z kłykci na guzowatość piszczela: widać obie klamry oraz kolejne przenoszenie ciężarów.

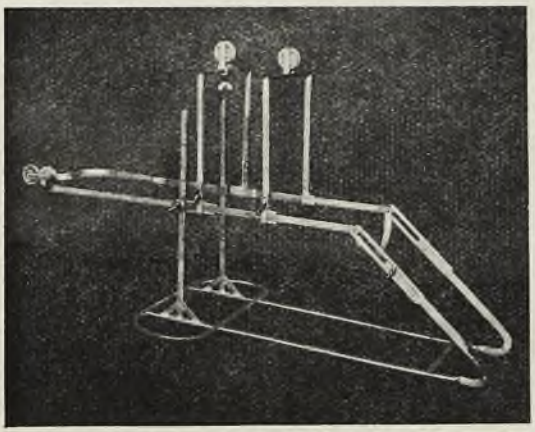
Równorzędną do wyciągu bezpośredniego rolę przypisujemy zastosowaniu odpowiedniego sprzętu pomocniczego [2]). Do sprzętu tego należy przede wszystkim łóżko urazowe i podstawka dla kończyny. Łóżko wraz z podstawką powinno stanowić zmontowany wspólny, samowystarczalny blok, zapewniający stałe działanie wyciągu, nawet wtedy, gdy przewozimy chorego do sali operacyjnej celem dokonania zabiegu na wyciągu. Rzecz jasna, że w leczeniu złamań kości udowej nieodzowne jest posiadanie przenośnego aparatu rentgenowskiego.

---

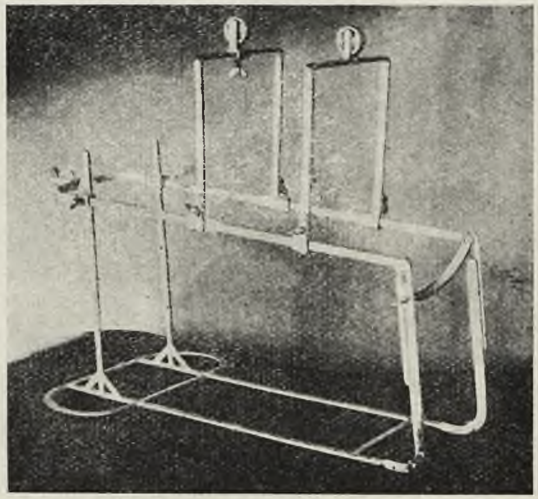
[2]) Szczegółowy opis potrzebnego sprzętu p. Chirurg Polski 2/36, str. 71.

Szyna *Böhlera* do leczenia złamań k. udowej, tj. podstawka *Brauna* z dodatkowymi ramami z bloczkami sprawiła nam rozczarowanie. Na tej szynie można leczyć jedynie przypadki czystych postaci złamań przezkrętarzowych, które nie dają przemieszczenia górnego odłama do przodu. *Każda natomiast postać złamania uda z przemieszczeniem górnego odłama do przodu wymaga większego zgięcia stawu biodrowego niż to daje szyna Böhlera.*

Wbrew opinii Böhlera uważamy, że każda podstawka kończyny dolnej ze stałym nachyleniem podpórki uda, wynoszącym 30°, pomaga jedynie w walce z obrzękiem w sprawach zapalnych i złamaniach podudzia, ale do leczenia złamań uda się *nie nadaje.* Do leczenia tych złamań służyć mogą tylko szyny typu Grucy, lub Eiselsberga, ponieważ w szynach tych przesuwanie podpórek uda i podudzia pozwala uzyskać dowolny kąt, do prostego włącznie (rys. 9, 10).



Rys. 9a. Szyna typu Eiselsberga ustawiona z małym kątem podpórki uda.



Rys. 9b. Ta sama szyna i podpórka uda ustawiona pod kątem prostym.

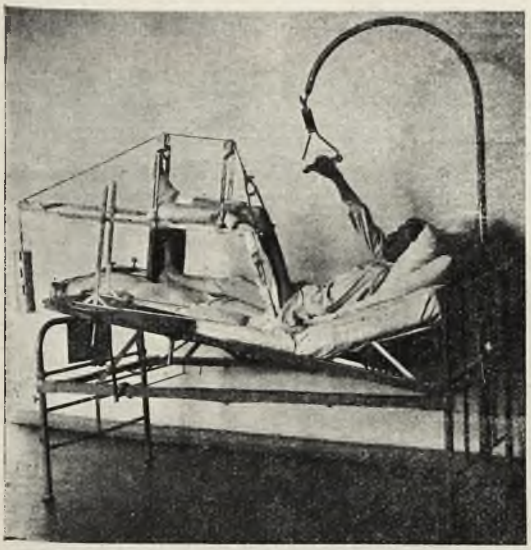
W braku gotowej szyny Eiselsberga posługujemy się zwykłą podstawką Brauna, do której wmontowujemy odpowiednio szyny druciane za pomocą drutu aluminiowego, wzmocnionego opaską gipsową (rys. 11). Tak zmontowane szyny zdały całkowicie egzamin, szczególnie u dzieci, dla których szyn mniejszego rozmiaru nie posiadamy. Po wprowadzeniu tych szyn zmniejszyły się trudności nastawiania, zmalało również znaczenie pelot, którymi musieliśmy się posługiwać szeroko, szczególnie do spychania odłama górnego.

Po dokładnym przeanalizowaniu złamania, prawidłowym założeniu wyciągu drutowego, zastosowaniu szyny z odpowiednim nachyleniem, ułożeniu kończyny w potrzebnym odwiedzeniu i uniesieniu łóżka większość złamań kości udowej rokuje dobre nastawienie i przebieg.

Tezą naszego leczenia jest dążenie do anatomicznego nastawienia odłamków i utrzymania takiego stanu aż do chwili zrostu. Wyleczenie bez zastrzeżeń może dać jedynie rekonstrukcja anatomiczna: zrost następuje wówczas bez opóźnienia i łatwiejsza jest wtórna przebudowa — czynnik niezmiernej wagi u osób starszych.

Nastawienie złamania polega na dopasowaniu do odłamka dośrodkowego odłamka obwodowego, na który działamy bezpośrednim wyciągiem. Po założeniu wyciągu troszczymy się na razie w ciągu kilku pierwszych dni jedynie o dobre ułożenie

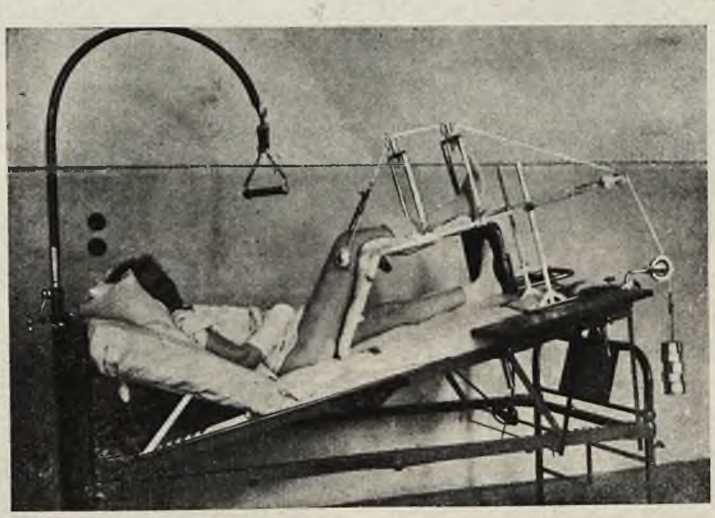
kończyny na szynie z odpowiednim nachyleniem jej ramion i we właściwym odwiedzeniu oraz dbamy o nachylenie łóżka, tj.



Rys. 10a.

szyny itp.,) starając się uzyskać w ciągu dalszych kilku dni, najdalej w 7 — 10 dni po złamaniu, nastawienie definitywne. Jeżeli manipulacje wyciągiem (zmiana kierunku wyciągu) oraz dodatkowe rękoczyny nie doprowadziły do celu, przystępujemy po zmniejszeniu się obrzęku do ręcznego nastawienia odłamków w uśpieniu, pod kontrolą ekranu. Z chwilą prawidłowego ustawienia odłamów zdejmujemy kilka ciężarków w celu uzyskania wklinowania. Dalsze leczenie polega na utrzymaniu sytuacji w ciągu kilku tygodni, dzielących nas od wystąpienia zrostu. Jeżeli zdjęcie kontrolne, wykonane w 3 dni od daty wklinowania, wykazuje brak przesunięcia, możemy być zazwyczaj pewni utrzymania uzyskanego stanu.

W złamaniach poprzecznych nie mamy już więcej trudności po uzyskaniu wklinowania, dbać musimy jedynie o utrzymanie



Rys. 10a, 10b. Różne stopnie nachylenia podpórki uda w przypadkach podkrętarzowych złamań k. udowej.

przeciwwyciąg. Po upływie 3 — 5 dni robimy pierwsze zdjęcie kontrolne (zawsze w 2 rzutach). Zdjęcie to orientuje nas, czy nastąpiło pokonanie kurczu mięśniowego, tj. czy odłamki uległy rozciągnięciu i przestały „zachodzić" na siebie. Przystępujemy teraz do poprawek (peloty, podkładanie wałków, zmiana nachylenia ramion osi, przeciwdziałając w razie potrzeby jej skrzywieniu za pomocą pelot lub pętel, działających w odpowiednim kierunku (rys. 12, 13). Wyciąg trzymamy długo, u dorosłych z reguły najmniej przez 8 tygodni, obniżając stopniowo obciążenie z 10 — 8 do 5 — 6 kg. U dzieci wystarcza w przypadkach zwykłych 4 tygodnie, u ma-

łych dzieci nawet mniej, potem wyciąg plastrowy, względnie ułożenie na szynie jeszcze w ciągu 1 — 2 tygodni.

Peloty: Zastosowanie pelot stanowi czynnik pomocniczy do wyrównywania skrzywień osi w płaszczyźnie czołowej, lub do spychania dośrodkowego odłama w razie jego wychylania się do przodu.

W złamaniu środkowej części k. udowej, jeżeli chodzi tylko o zepchnięcie do tyłu odłama górnego, wystarcza 1 pelota, uciskająca od przodu górny odłam. W złamaniu podkrętarzowym (rys. 12, por. również rys. 24) należy dodać z boku drugą pelotę, żeby przeciwdziałać również odwiedzeniu górnego odłamka (tam, gdzie nie wystarcza samo odwiedzenie kończyny wraz z szyną). Jeżeli w złamaniu środkowej części k. udowej chcemy usunąć kątowe skrzywienie osi, musimy użyć 3 pelot, tj. peloty uciskającej kąt i 2 pelot, jako przeciwoparcia (rys. 12a).

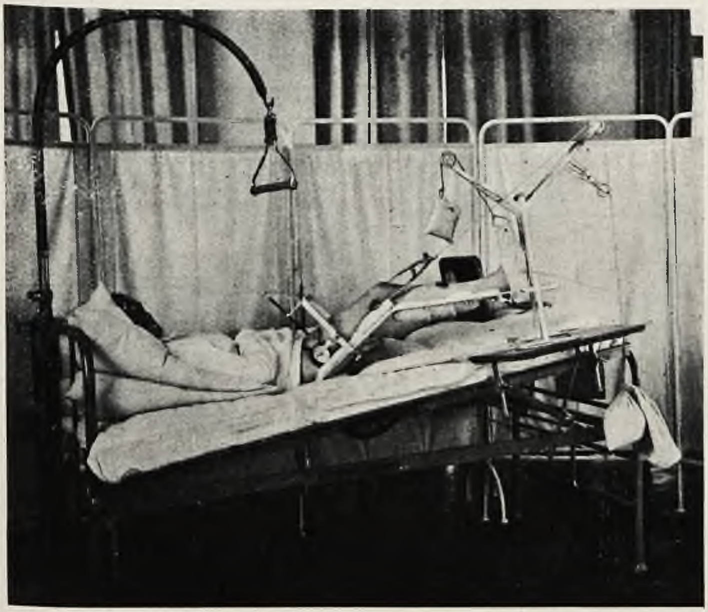
W czasie pierwszych 2 tygodni po definitywnym nastawieniu niezbędna jest systematyczna kontrola rentgenowska (zawsze w 2 rzutach); w okresie końcowym, gdy po ustąpieniu obrzęku zaniki demaskują całkowicie zarysy kości, wystarcza kontrola zwykła — widzimy co się dzieje.

Jeżeli odłamki nie zostały nastawione, wówczas przemieszczenie w złamaniu poprzecznym może się przedstawiać albo, jako nasunięcie odłamów z zachodzeniem o kilka cm (rys. 14), albo jako przemieszczenie o całą szerokość trzonu bez skrócenia (rys. 15), lub wreszcie w postaci przemieszczenia bocznego z częściowym tylko wklinowaniem (rys. 16). Wynika stąd jasno, że nieznaczne nawet skrócenie kończyny w złamaniu poprzecznym jest wynikiem przemieszczenia o całą szerokość trzonu, świadczy więc o wyniku złym. Jeżeli nawet dojdzie w takim ustawieniu (zazwyczaj po długim leczeniu) do zrostu odokostnowego, to i wówczas, wynik jest niedostateczny: mamy coprawda, kończynę „względnie dobrą” z zachowaniem ruchomości stawu kolanowego, ale ze skró-

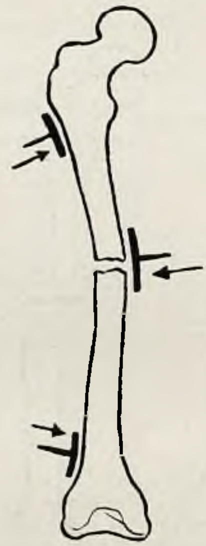


Rys. 11. Podstawka Brauna z wmontowaną szyną drucianądla zwiększenia kąta zgięcia uda w przypadku złamania trzonu k. udowej u 8-letniego dziecka.

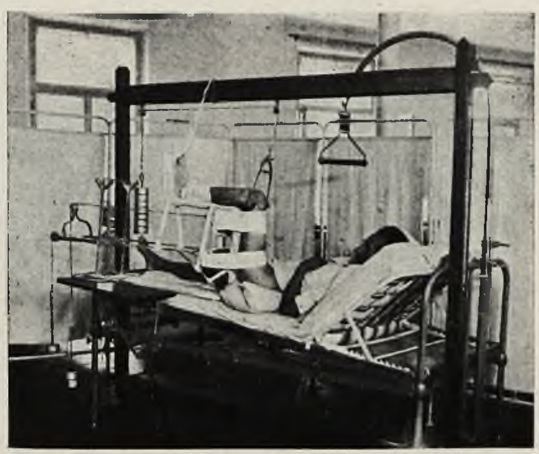
ceniem, złą blizną kostną i przerwą ciągłości jamy szpikowej. Częstokroć jednak takie ustawienie odłamków (u ludzi w sile wieku) opóźnia wystąpienie zrostu o szereg miesięcy i w rezultacie otrzymujemy najczęściej nie tylko krótszą kończynę, ale i sztywny staw kolanowy. Dzieje się to albo wtedy, gdy obciążenie było odrazu niedostateczne i nie uzyskano rozciągnięcia odłamków, albo gdy wyciąg przerwano za wcześnie i nastąpiło rozklinowanie i wtórne nasunięcie odłamów. Jeżeli otrzymujemy chorego, zwłaszcza starszego, po upływie 6 — 8 tygodni od daty złamania z nasuniętymi odłamami poprzecznego złamania, wybieramy z dwojga złego zło mniejsze — zakładamy wyciąg na kość udową i trzymamy na wyciągu dalsze 6 — 8 tygodni. Opóźnienie lub brak zrostu po operacji daje gorsze szanse niż odokostnowa blizna kostna, obejmująca nasunięte odłamki. Najważniejszą przeto rzeczą w złamaniach poprzecznych jest najpierw rozciągnięcie nasuniętych odłamów za pomocą wyciągu a potem wklinowanie, które uzyskujemy po zmniejszeniu obciążenia; małe przemieszczenie rotacyjne nie gra większej roli w poprzecznym złamaniu trzonu; przemieszczenie boczne, nawet o połowę szerokości trzonu, dla jeszcze dobry wynik pod warunkiem wklinowania i tym możemy się zadowolnić w przypadkach trudnych, utrzymując prawidłową oś w obu rzutach.



Rys. 12. Zastosowanie pelot w przypadku podkrętarzowego złamania k. udowej, leczonego na podstawce Böhlera. Przyp. ten sam, co na rys. 3, 18a i 18b.

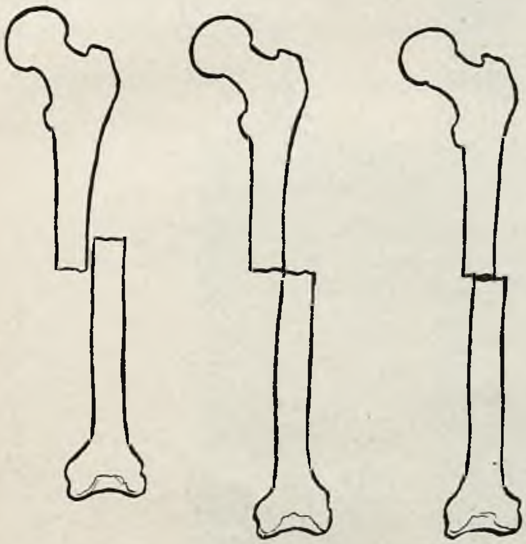


Rys. 12a.



Rys. 13. Zastosowanie pętel w przypadku złamania k. udowej z wyłamaniem części trzonu.

W złamaniach spiralnych i skośnych rzadko udaje się uzyskać ustawienie anatomiczne; tutaj wynik jest dobry pod warunkiem rozciągnięcia odłamów (braku skrócenia), zachowania styku (zredukowania do minimum przemieszczenia rotacyjnego) i utrzymania osi.



Rys. 14, 15, 16.

Złamania przezkrętarzowe i podkrętarzowe z reguły nie dają niespodzianek co do zrostu; pomimo że są to złamania ludzi starych goją się zawsze miejscowo dobrze, najdalej w ciągu 6 — 8 tygodni. Tutaj unikamy jedynie przemieszczenia w sensie szpotawości, inne pozostałe niewielkie przemieszczenia nie grają większej roli; nie ma znaczenia również odłamanie krętarza mniejszego, sprawność kończyny nie ulega zmianie (rys. 17, 18).

W złamaniach z utworzeniem wolnego pośredniego odłama o wyniku decyduje styk odłamków i kierunek osi odłamków — górnego i dolnego.

Zapewnić dobry wynik leczenia w złamaniu kości udowej może jedynie wyciąg bezpośredni łącznie z aktywnym w ciągu pierwszych 2 tygodni postępowaniem. Tutaj tkwi tajemnica właściwego leczenia wyciągiem za kość. Nie uzyskują dobrych wyników ci, co oczekują wszystkiego *tylko* od wyciągu, dziwiąc się, gdy po kilku tygodniach rentgenogramy wykazują przemieszczenie, którego już zwalczyć nie można.



Rys. 17a. Złamanie przezkrętarzowe k. udowej (przyp. te sam, co na rys. 1). Przypadek ten leczono gwoździem S. P. Całkowicie odłamany krętarz przyrósł, czynność kończyny dobra.
Rys. 17b. Ten sam przyp., zdjęcie w rzucie bocznym.



Rys. 18a. Złamanie podkrętarzowe k. udowej (przyp. ten sam, co na rys. 3. Przypadek leczono na podstawce Böhlera (p. rys. 12) z użyciem pelot. Odłamany krętarz mniejszy przyrósł.
Rys. 18b. Przyp. ten sam, co na rys. 18a. Widać nieznaczne wychylenie górnego odłama do przodu, ponieważ nachylenie podpórki uda było niedostateczne (p. rys. 12).

Tablica

złamań kości udowej, leczonych w Instytucie Chirurgii Urazowej w Warszawie (z wyłączeniem złamań szyi i kłykci k. udowej) od dnia 1.XI.35 do 1.II.37. Złamań przezkrętarzowych 20, złamań podkrętarzowych 7, złamań trzonu 49, złamań nadkłykciowych 9. Razem przypadków 85.

Liczby umieszczone w nawiasach oznaczają ilość skośnych złamań,
= złamanie obu kości udowych,
* złamanie uda źle zrośnięte, leczone operacyjnie z wytworzeniem schodka.

Wiek	Złamania przezkrętarzowe			Złamania podkrętarzowe			Złamania trzonu			Złamania nadkłykciowe		
	mężczyźni	kobiety	Razem	mężczyźni	kobiety	Razem	mężczyźni	kobiety	Razem	mężczyźni	kobiety	Razem
1 — 15							22(14) 1= 1*	7(5)	29	1		1
15 — 20							2(2)		2	1		1
20 — 30				1		1	10(2) 2*	1(1)	11	2		2
30 — 40	1		1	1		1	5(1) 1=		5	2		2
40 — 50	2		2		1	1	1		1	1		1
50 — 60	3	2	5	2		2						
60 — 70	1	4	5	1		1						
70 — 80	3	1	4		1	1		1(1)	1		2	2
80 —	2	1	3									
Razem	12	8	20	5	2	7	40(19)	9(7)	49(26)	7	2	9

II

Złamania przezkrętarzowe.

Jest to postać złamania, gdzie szpara przebiega w odcinku kości między linią międzykrętarzową, a dolną granicą podstawy krętarza mniejszego (rys. 19 i 20). Przyjęty jest nawet podział tych złamań na 1) międzykrętarzowe o przebiegu linii złamania wzdłuż linii międzykrętarzowej i 2) właściwe przezkrętarzowe,



Rys. 19a. Przebieg linii międzykrętarzowej (linea intertrochanterica): widok z przodu.
Rys. 19b. Przebieg linii międzykrętarzowej: widok z tyłu.

przechodzące przez obszar kostny krętarzy (rys. 20). W naszych przypadkach złamań przezkrętarzowych nie spotykaliśmy idealnie czystych postaci [3]), a przeważnie mieszane. Szczelina złamania rozpoczyna się w okolicy grzebienia i przechodzi na obszar krętarzy. Często krętarz mniejszy ulega oderwaniu i stanowi osobny odłam. Innym razem linia złamania z masywu kostnego schodzi na okolice podkrętarzową.

Wśród tych złamań nie widzimy znaczniejszych przesunięć bocznych, a jedynie przemieszczenie kątowe i skręcenie obwodowego odłama w bok. Skrócenie kończyny nie osiąga większego stopnia.

Jako wynik opisanego przemieszczenia mamy szpotawe ustawienie odłamów i skręcenie kończyny ku stronie bocznej. W przypadkach, gdzie szczelina złamania przechodzi na okolicę podkrętarzową, zauważyć można wychylenie odłama dośrodkowego ku przodowi wskutek działania mięśnia lędźwiowo - biodrowego, pociągającego krętarz mniejszy (jak w złamaniu podkrętarzowym).

Leczenie sprowadza się do zniesienia



Rys. 20. Obszar kostny krętarzy udowych.

szpotawego ustawienia odłamów przez odwiedzenie kończyny i zastosowanie wyciągu dla pokonania kurczu mięśni. Kończynę układamy na podstawce Böhlera (o niewielkim nachyleniu 30°), która, jak wiadomo, posiada system bloczkowy do stosowania wyciągu. W przypadkach kątowego wygięcia osi kości ku przodowi podstawka Böhlera jest *nie wystarczająca;* należy wówczas zastosować szynę Grucy lub Eiselsberga. W złamaniach przezkrętarzowych stosujemy wyciąg drutowy za kość udową. Czas stosowania wyciągu waha się od 6 — 8 tygodni, obciążenie 6 — 9 kg. Przez następne dwa tygodnie gimnastyka czynna

[3]) Czystą postać złamania międzykrętarzowego spotykamy często, zaliczamy jednak ten typ złamania do złamań szyi k. udowej.

kończyny w łóżku i masaże, po czym rozpoczyna się okres chodzenia. Zrost występuje zwykle po upływie 6—8 tygodni dzięki rozległej powierzchni styku odłamów, bogatych w substancję gąbczastą i dobrze ukrwionych.

Przypadek 1.

P. S., lat 50. Przybył do Instytutu w 7 tygodni po złamaniu (rys. 21). Leczony przed tym poza Warszawą. Stosowano wyciąg plastrowy, rzekomo ze znacznym obciążeniem, przez 6 tygodni. Wyciąg z konieczności zmieniano kilka razy, ponieważ plaster zsuwał się w trakcie obciążenia. Po przyjęciu chorego stwierdzono mocny zrost w ustawieniu szpotawym odłamków. Chory rozpoczął chodzenie o kulach zaledwie po upływie 10 tygodni od złamania, stać nie może z powodu znacznego przywiedzenia kończyny. Rokowanie co do wyniku ostatecznego — złe. W przypadku tym nie uwzględniono w leczeniu odwiedzenia.



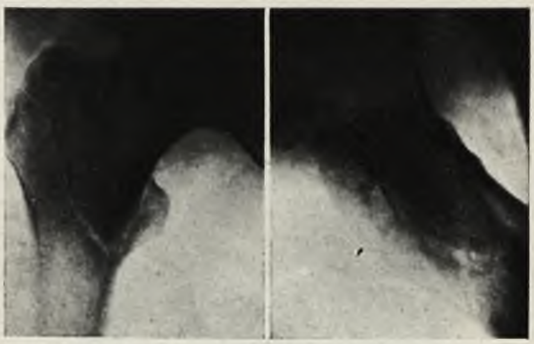
Rys. 21a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 21b. Ten sam przyp. Rzut boczny.



Rys. 22a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 22b. Ten sam przyp. Rzut boczny.

Przypadek 2.

G. J., lat 39. Upadek z drabiny na prawy bok. Złamanie typowe przezkrętarzowe (rys. 22). Szczelina złamania przechodzi na okolicę podkrętarzową, wygięcie kątowe ku przodowi. Wyciąg drutowy bezpośredni za kość udową tuż nad kłykciami. Obciążenie 6 kg. Odwiedzenie o 35^0 na podstawce Böhlera. Po 6 tygodniach zdjęcie wyciągu; wynik leczenia (rys. 23): nastawienie prawie anatomiczne z niewielkim wychyleniem górnego odłamu ku przodowi — skutek **niedostatecznego zgięcia w stawie biodrowym.** W 8 tygodni po złamaniu chory rozpoczął obciążanie kończyny, chód prawidłowy.



Rys. 23a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 23b. Ten sam przyp. Rzut boczny.

Złamania podkrętarzowe.

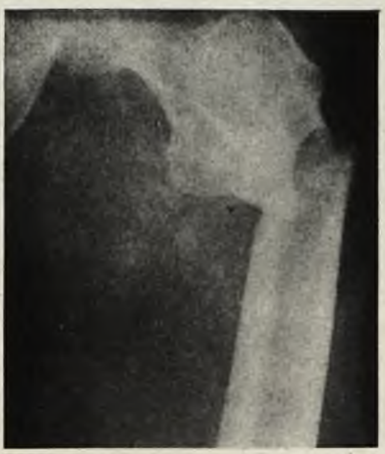
Do tej grupy zaliczamy złamania, przebiegające w odcinku pomiędzy krętarzami, a środkową częścią trzonu kości udowej. Złamania te mają przeważnie charakter złamań skośnych lub spiralnych, poprzeczne należą do rzadkości.

Znamienne jest tutaj zachowanie się odłama dośrodkowego pod wpływem mięśni zginających udo (iliopsoas), odwodzących (glutaeus medius et minimus) i skręcających w bok (quadratus femoris, piriformis, obturator internus et externus, ge-

melli, glutaeus maximus). Podczas gdy odłam dośrodkowy ustawia się w znacznym odwiedzeniu i zgięciu w stawie biodrowym, odłam obwodowy poddaje się działaniu mięśni przywodzących (rys. 24). Na-



Rys. 24.



Rys. 25. Rzut przednio-tylny.

leży zatem w leczeniu dostosować odłam obwodowy do dośrodkowego przez nadanie kończynie odwiedzenia oraz zgięcia w stawie biodrowym *prawie do kąta prostego* i zastosować wyciąg w tym ułożeniu kończyny. To też, posiłkując się szyną Böhlera, natrafiliśmy na trudności w uzyskaniu anatomicznego nastawienia. Dopiero zastosowanie szyny Eiselsberga, umożliwiającej zgięcie uda do kąta prostego, rozwiązało sprawę. Wyciąg stosujemy drutowy bezpośredni przez 6 — 10 tygodni, obciążenie od 6 — 9 kg.

Przypadek 3.

Ł. K., l. 72. Upadł, uderzając okolicą krętarza większego lewego. Powstało złamanie podkrętarzowe (rys. 25). Początkowo ułożony na podstawce Böhlera z wyciągiem drutowym za kość, obciążenie 8 kg. Kontrola wykazuje niedostateczne nastawienie odłamków (rys. 26): odłam dośrodkowy zbyt wychylony ku przodowi. Przełożono chorego na szynę Eiselsberga w zgięciu w stawie biodrowym pod kątem prostym, wyciąg zwiększono do 12 kg. Następnego dnia dokonano ręcznego nastawienia, uzyskując anatomiczne ustawienie odłamków (rys. 27).



Rys. 26a. Rzut przednio-tylny. Rys. 26b. Rzut boczny.



Rys. 27a. Rzut przednio-tylny. Rys. 27b. Rzut boczny.

Złamania trzonu.

Złamania te dotyczą odcinka pomiędzy dolną granicą górnej trzeciej a górną dolnej trzeciej kości udowej. Na odcinek ten wywiera wpływ znaczna grupa silnych mięśni o różnorodnym działaniu. Na górny odcinek, podobnie jak w podkrętarzowych złamaniach, przeważający wpływ wywierają zginacze uda oraz mięśnie skręcające górny odłam w bok (rys. 24). Przywodzące mięśnie nie wpływają na ustawienie odłama dośrodkowego, działają natomiast silnie na odłam obwodowy. W złamaniach dolnego odcinka trzonu stosunki wyraźnie się zmieniają: większy odłam górny pod wpływem mięśni przywodzących i zginaczy uda ulega przywiedzeniu i jednocześnie zgięciu ku przodowi (rys. 28), podczas gdy obwodowy odłam, na któ-



Rys. 28.

ry działają teraz mięśnie łydki, przyczepiające się do kłykci, przesuwa się ku tyłowi i ustawia się koślawo dzięki pociąganiu przez mięsień dwugłowy uda (rys. 29).

Spotykamy tu dwa typy złamania: skośne i poprzeczne. Pierwsze, o linii skośnej lub spiralnej, jest korzystniejsze do leczenia dzięki dużej powierzchni styku. Drugie, niekiedy bardzo trudne do opanowania, sprawia dużo kłopotów z nastawieniem i utrzymaniem odłamów. Liczba złamań skośnych przeważa wśród dzieci, zmniejszając się z wiekiem. U dorosłych widzimy je rzadziej, przeważają tu złamania poprzeczne. W okresie od 1 do 15 lat na 29 przypadków złamań trzonu mieliśmy skośnych 19, w wieku od 20 do 40



Rys. 29.

na 16 przypadków zanotowaliśmy skośnych tylko 4.

U dzieci do lat 4 stosujemy w tych złamaniach wyciąg plastrowy zenitowy (rys. 7), ujmując w plaster całą kończynę. Ponieważ ciężar kończyny dziecka nie jest zbyt wielki, dobry plaster trzyma przez cały czas wyciągu. Obciążenie wynosi od 3 do 5 kg, miarą obciążenia jest uniesienie pośladka, niezbędny warunek dostatecznego wyciągu, który trzymamy około 3 tygodni. U starszych dzieci stosujemy wyciąg bezpośredni, podobnie jak u dorosłych.

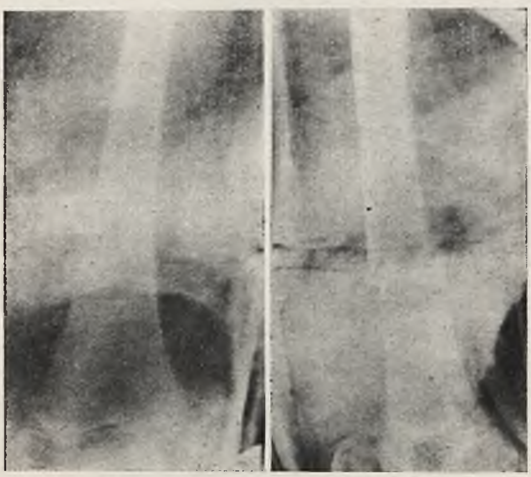
Przypadek 4.

S. A., lat 12. Spadł z parkanu i doznał poprzecznego złamania lewej kości udowej na pograniczu środkowej i dolnej trzeciej części trzonu (rys. 30). Typowe nasunięcie z przemieszczeniem obwodowego odłamka ku tyłowi. Na stole opatrunkowo - wyciągowym w uśpieniu nastawiono pod ekranem złamanie prawie anatomicznie (rys. 31), po czym nałożono opatrunek gipsowy bez podściółki, ujmujący całą kończynę wraz z pasem biodrowym. Uwzględniono zgięcie w stawie biodro-

wym — 30° i kolanowym — 45°. Po 2 dniach kontrola wykazała zeskoczenie odłamu (rys. 32). Zastosowaliśmy wyciąg drutowy za guzowatość pi-

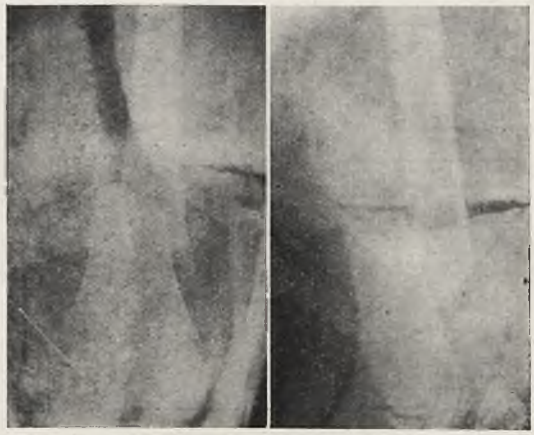


Rys. 30a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 30b. Rzut boczny.

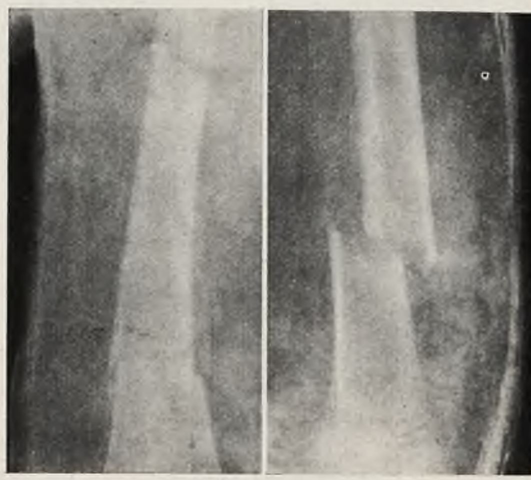


Rys. 31a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 31b. Rzut boczny.

szczela z obciążeniem 6—7 kg, układając kończynę na podstawce Böhlera. Wyciąg nie dał pożądanego efektu. Próba ręcznego nastawienia przy działającym wyciągu nie dała również wyniku. Zdecydowaliśmy się więc na nastawienie krwawe. Z cięcia przedniego dotarliśmy do miejsca złamania (wyciąg uprzednio został zdjęty), wyszkieletowaliśmy odłamy, nastawiliśmy je anatomicznie i ujęliśmy kończynę w gips w tym ustawieniu. W kilka dni kontrola wykazuje znów przemieszczenie odłamów, tym razem nieznaczne (rys.



Rys. 32a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 32b. Rzut boczny.



Rys. 33a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 33b. Rzut boczny.

33). W tym ustawieniu następuje zrost w 7 tygodni od wypadku. Po kilku tygodniach czynnościowo kończyna bez zarzutu.

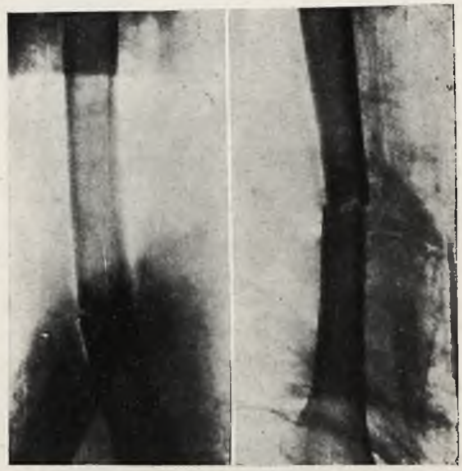
Przypadek 5.

G. H., lat 13. Przybyła do Instytutu w tydzień po wypadku w opatrunku gipsowym, ujmującym kończynę dolną prawą wraz z obręczą biodrową. Na zdjęciu złamanie na granicy górnej i środkowej trzeciej części trzonu (rys. 34), odłamy zasunięte. Po zdjęciu gipsu próba nastawienia na sto-

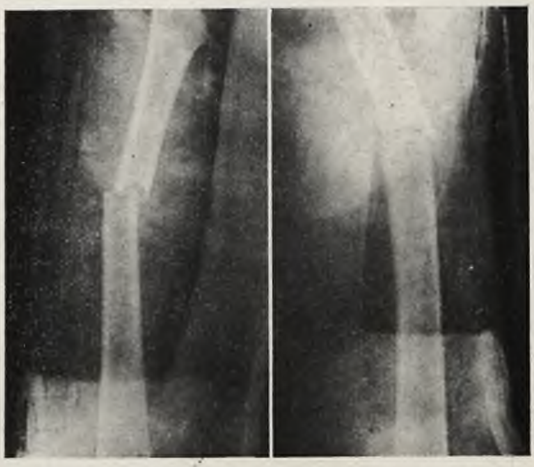
le wyciągowo - opatrunkowym bez wyniku, pomimo stosowania znacznego wyciągu. Zmontowanie opatrunku gipsowego (na wyciągu) z uwzględnieniem zgięcia w stawie biodrowym i kolanowym; na przedniej powierzchni uda ponad miejscem złamania wycięto okno w gipsie. Po 3 dalszych dniach zabieg operacyjny. Cięcie na przedniej powierzchni uda w obrębie okna gipsowego. Nastawienie odłamów (rys. 35). Po kilku dniach kontrola wykazuje skrzywienie osi. Dwie próby wyrównania osi za pomocą wycięcia klina w opatrunku i nadłamania gipsu. Po 3 tygodniach ponowna próba wyprostowania osi w uśpieniu ewipanowym, po czym duży gips w zgięciu w stawie biodrowym i kolanowym pod kątem prostym. Końcowy wynik — niewielkie skrzywienie osi ku przodowi (rys. 36), czynnościowo kończyna bez zarzutu.



Rys. 34a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 34b. Rzut boczny.



Rys. 35a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 35b. Rzut boczny.



Rys. 36a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 36b. Rzut boczny.

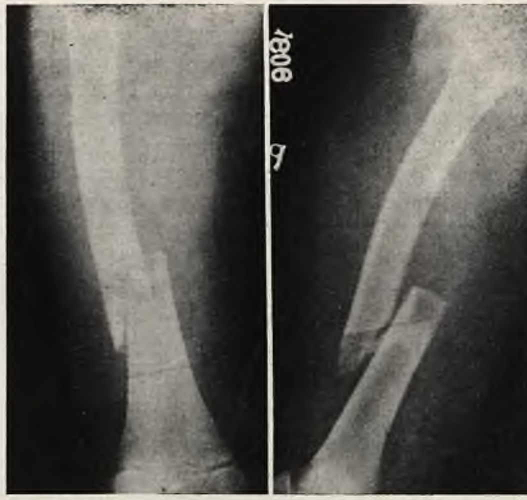
Przypadek 6.

L. W., lat 12. Spadł z wozu i doznał poprzecznego złamania prawej kości udowej w środkowej części trzonu (rys. 37). Wyciąg drutowy za guzowatość piszczela, obciążenie 6 kg, kończyna na podstawce Böhlera. W 2 dni potem próba nastawienia ręcznego stwarza warunki do zastosowania peloty (rys. 38), po założeniu której uzyskano w rzucie bocznym poprawę, (rys. 39). Po 2 dniach kontrola wykazuje ponownie przemieszczenie. W 9 dni po złamaniu zabieg operacyjny: nastawienie anatomiczne i zespolenie tasiemką, opatrunek gipsowy ujmujący całą kończynę wraz z miednicą z zachowaniem odpowiedniego odwiedzenia kończyny lecz bez większego zgięcia stawów. Przebieg pooperacyjny bez powikłań: dokonane po 2 tygodniach zdjęcie kontrolne wykazuje wygięcie osi w kierunku przednim (rys. 40). Wycięto okno w gipsie ponad miejscem złamania i założono pelotę uciskającą od przodu (rys. 4). Po zastosowaniu stałego silnego ucisku pelotą górnego odłamka sytuacja się poprawia i skrzywienie ulega wyrównaniu (rys. 42).

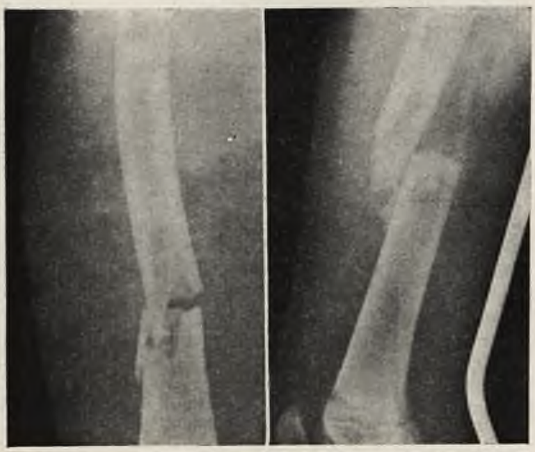
Czynnościowo kończyna bez zarzutu.



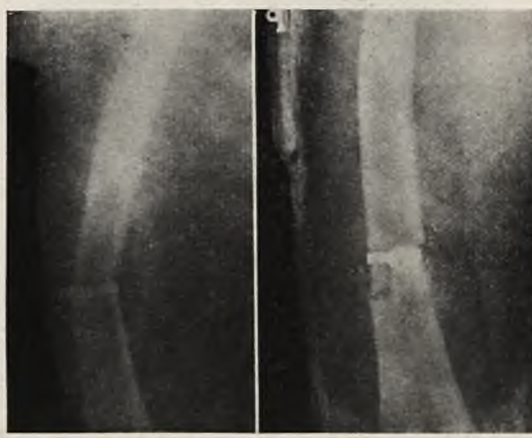
Rys. 39. Rzut boczny.



Rys. 37a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 37b. Rzut boczny.



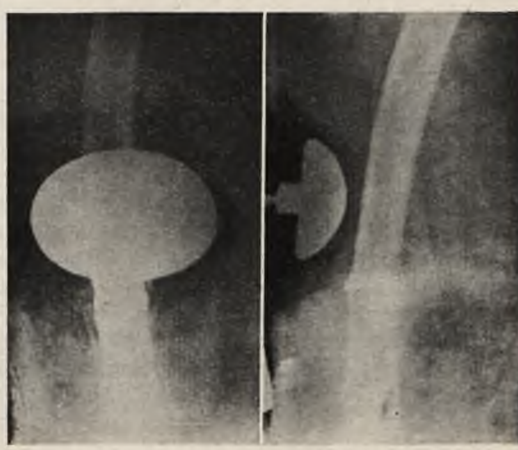
Rys. 38a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 38b. Rzut boczny.



Rys. 40a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 40b. Rzut boczny.



Rys. 41.



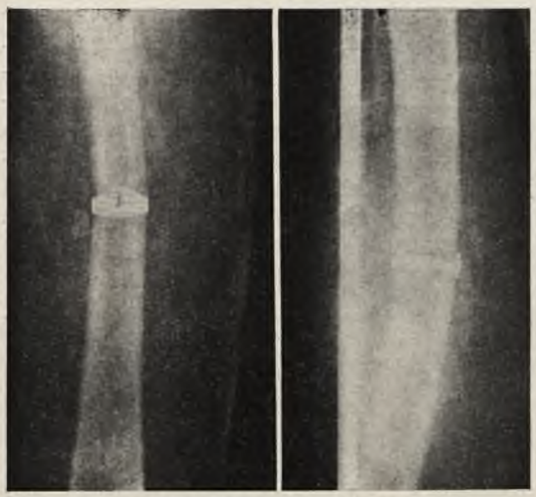
Rys. 42a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 42b. Rzut boczny.

Przypadek 7.

L. S., lat 16. Przybył w 3 tygodnie po wypadku. Złamanie środkowej części trzonu. Przemieszczenie odłamów boczne i na długość, zaznaczająca się obficie kostnina wokół złamania (rys. 43). Założono wyciąg bezpośredni drutowy za kość udową, obciążenie 6 kg. Po 2 dniach zabieg operacyjny na łóżku chorego: wyszkieletowanie odłamów, nastawienie anatomiczne i założenie tasiemki metalowej (rys. 44). Wyciąg pozostał ten sam, kończyna na podstawce Böhlera. Kontrola po kilku dniach wykazuje dobre ustawienie odłamów. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W 4 tygodnie od zabiegu usunięcie tasiemki. Wyciąg pozostaje jeszcze przez 2 tygodnie. Zrost dobry, ustawienie anatomiczne, czynność kończyny bez zarzutu (rys. 45).



Rys. 43a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 43b. Rzut boczny.



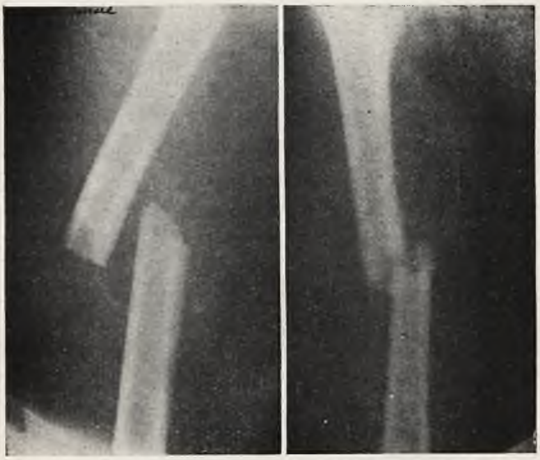
Rys. 44a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 44b. Rzut boczny.



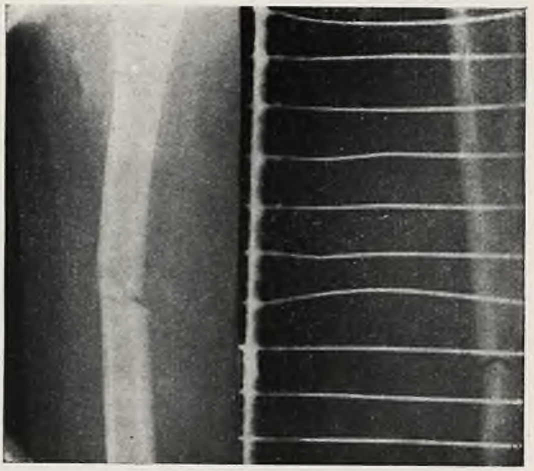
Rys. 45.

Przypadek 8.

Sz. Z., lat 10. Przejechana przez samochód, doznała złamania prawej kości udowej w połowie długości (rys. 46). Założono wyciąg drutowy bezpośredni za kość udową tuż ponad przynasadą. Obciążenie 6 kg. Zmontowano specjalną szynę z podstawki Böhlera i szyny Kramera, nadając kończynie ułożenie **prawie pod kątem prostym w** stawie biodrowym i kolanowym (rys. 11). Odłamy nastawiono ręcznie pod ekranem na wyciągu, osiągając nastawienie anatomiczne (rys. 47). Po 4 tygodniach nastąpił zrost. Zdjęto wyciąg. Po tygodniu ćwiczeń w łóżku i po masażach chora rozpoczęła chodzenie.



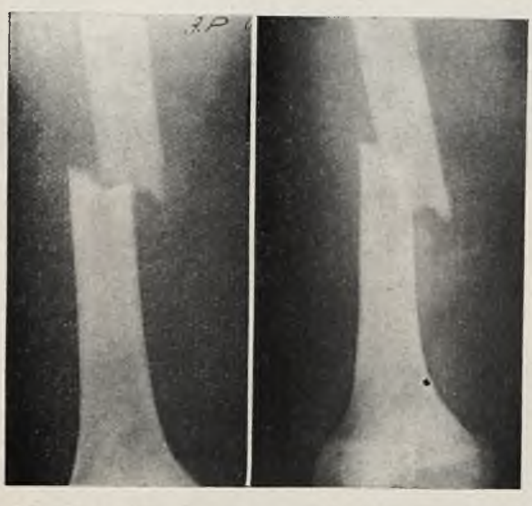
Rys. 46a. Rzut przedniotylny.
Rys. 46b. Rzut boczny.



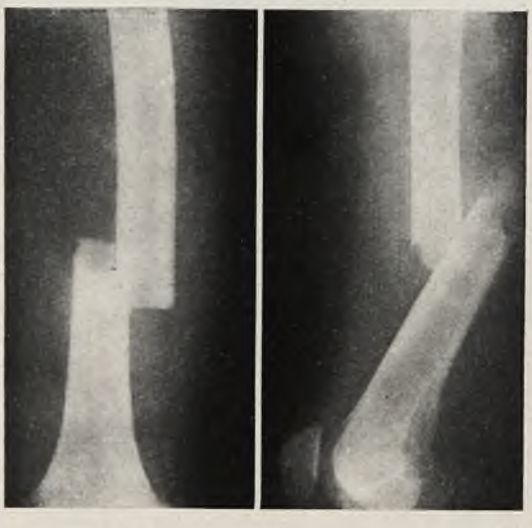
Rys. 47a. Rzut przednio-tylny.
Rys. 47b. Rrzut boczny.

Przypadek 9.

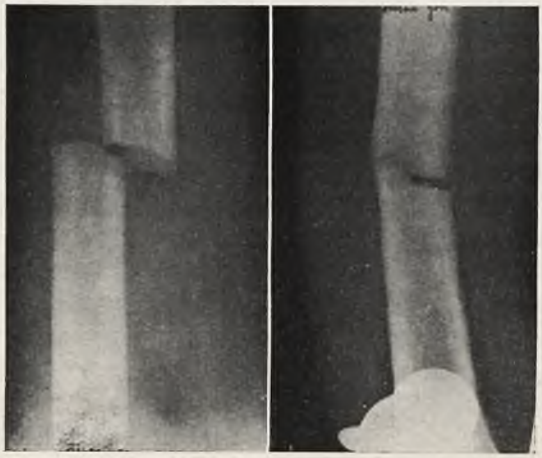
A. B., lat 34. Uderzony belką, doznał symetrycznego poprzecznego złamania obu kości w środkowej części trzonów (rys. 48). Zastosowano wyciąg bezpośredni za obie kości udowe. Kończyny ułożono jedną na szynie Grucy, drugą na szynie Eiselsberga. Obciążenie z każdej strony 8 — 10 kg. Po stronie lewej odłamki nastawione i wklinowane z przesunięciem bocznym o ⅓ szerokości trzonu (rys. 49). Po stronie prawej odłamków nie udało się nastawić nawet ręcznie. W drugim tygodniu przystąpiono do operacyjnego nastawienia złamania prawej kości udowej. Zabieg operacyjny na łóżku chorego z działającym obustronnym wyciągiem. Cięcie przednio-boczne; po wyszkieletowaniu odłamów usunięto wkleszczenie w postaci strzępów mięśni i nastawiono odłamy. Celem utrzymania i zabezpieczenia przed zeskoczeniem zespolono odłamki dwoma drucikami, ujmującymi tylko warstwę korową



Rys. 48a. Rzut przednio-tylny prawej k. udowej.
Rys. 48b. Rzut boczny prawej k. udowej.



Rys. 48c. Rzut przednio-tylny lewej k. udowej.
Rys. 48d. Rzut boczny lewej k. udowej.



Rys. 49a. Rzut boczny lewej k. udowej.
Rys. 49b. Rzut przednio-tylny lewej k. udowej.



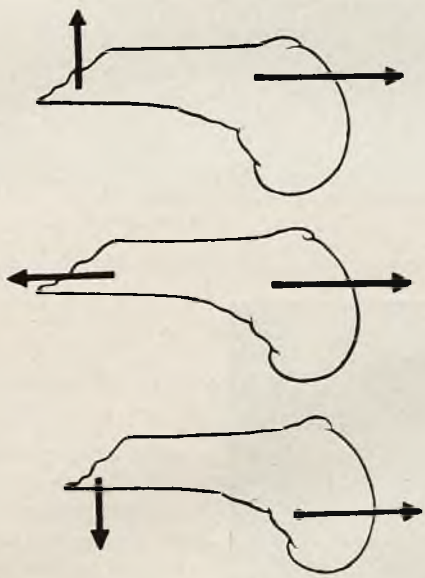
Rys. 50a. Rzut przednio-tylny pr. k. udowej.
Rys. 50b. Rzut boczny pr. k. udowej.
Po wystąpieniu zrostu.

każdego odłamka (rys. 50). Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 8 tygodniach nastąpił zrost, zdjęto wyciągi i rozpoczęto masaże. Ruchy w stawach kolanowych szybko wróciły do normy, chory rozpoczął chodzenie w 10 tygodniu. Obecnie zdrowy, niedawno przysłał nam list, żaląc się, że odrzucono jego pretensje o rentę.

Złamania nadkłykciowe.

Złamania te dotyczą dolnej trzeciej kości udowej. Najczęstszym typem jest złamanie o przebiegu skośnym; poprzeczne złamania spotykamy rzadziej, zazwyczaj w następstwie bezpośredniego urazu, zwłaszcza u dzieci. Odłamy ustawiają się następująco: górny, pociągany przez zginacze uda i przywodzące, ulega przesunięciu ku przodowi i środkowi, obwodowy zaś, pozostając jedynie pod wpływem mięśni zginaczy podudzia, cofa się z reguły ku tyłowi (rys. 28 i 29). Prowadzenie tych złamań wymaga takiego ustawienia, któreby znosiło te wpływy, oraz zastosowania wyciągu, przeciwdziałającego przemieszczeniu na długość.

Ułożenie kończyny — zgięcie pod kątem prostym w stawie biodrowym i kolanowym. Do tego ułożenia nadają się szyny Grucy i Eiselsberga: Wyciąg stosujemy bezpośredni za nasadę dolną i to w przedniej połowie jej przekroju strzałkowego. Założenie drutu w tylnej połowie sprzyja



Rys. 51, 52, 53.

raczej przemieszczeniu odłamów, jak to ilustrują rys. 51, 52, 53. Wysięki odczynowe lub wylewy krwawe do stawu winny być usunięte przez nakłucie i opróżnienie stawu. Dopiero po uzyskaniu prawidłowych stosunków możemy śmiało przeprowadzić drut przez nasadę, bez obawy przedziurawienia stawu. Operacyjne leczenie tych złamań nastręcza dużo trudności, ponieważ tasiemki wzgl. drut nie utrzymują odłamów, gdyż łatwo zsuwają się — kość w tym odcinku rozszerza się stożkowato ku dołowi. Wyciąg stosujemy przez 6 — 8 tygodni, obciążenie od 6 do 10 kg. W złamaniach nadkłykciowych poprzecznych dobre usługi może oddać opatrunek gipsowy (nastawienie na stole wyciągowym); w złamaniach skośnych opatrunek gipsowy nie zabezpiecza przed skrzywieniem osi.

Przypadek 10.

J. J., lat 32. Przejechany przez wagon kolejowy. Rany miażdżone uda prawego w okolicy nadkłykciowej, niewielkie rany na przyśrodkowej powierzchni uda, częściowe zmiażdżenie stopy. Złamanie nadkłykciowe kości udowej. Wycięcie pierwotne rany, usunięcie wolnych odłamków i próba nastawienia odłamów. Nie osiągnięto dobrego ustawienia odłamów, ponieważ odłam obwodowy ulega silnemu pociąganiu ku tyłowi przez mięśnie łydki. Dzięki zastosowaniu wyciągu drutowego przez przednią połowę nasady wyważono odłam obwodowy i uzyskano prawie anatomiczne nastawienie. W 8 tygodni zrost kostny w dobrym ustawieniu. (Przypadek przedstawiony na posiedzeniu Tow. Chir. Warsz. w dniu 17 stycznia 1937. Opis i rysunki p. Ch. P. 2/37).

Wnioski.

1. W leczeniu złamań kości udowej zastosowanie wyciągu za kość jest jedynym właściwym sposobem leczenia, a nie metodą z wyboru. Wyjątek stanowią dzieci do lat 4, u których należy stosować wyciąg plastrowy zenitowy.

2. Wyciąg bezpośredni jest dominującym czynnikiem leczenia, ale sam nie zapewnia jeszcze dobrego wyniku końcowego. W leczeniu na wyciągu niezbędne są jeszcze dodatkowe rękoczyny, zmierzające do nastawienia odłamków pod stałą kontrolą rentgenowską aparatem przenośnym.

3. Zasadniczą sprawą w uzyskaniu nastawienia na wyciągu jest ułożenie kończyny na odpowiedniej podstawce. Do tego celu nadaje się *wyłącznie* podstawka typu Grucy lub Eiselsber-

ga, która pozwala na ustawienie kończyny odpowiednio do typu złamania. Na podstawce Brauna-Böhlera mogą być leczone jedynie złamania przezkrętarzowe bez przemieszczenia górnego odłamu ku przodowi.

4. W leczeniu złamań kości udowej opatrunek gipsowy nie daje dobrych wyników, ponieważ nie zabezpiecza przed wtórnym przemieszczeniem odłamków nawet wówczas, gdy został nałożony we właściwym ustawieniu kończyny, tj. w odwiedzeniu i zgięciu pod prostym kątem w stawach biodrowym i kolanowym, po dobrym nastawieniu odłamków. Opatrunek gipsowy może mieć zastosowanie jedynie w niektórych poprzecznych wklinowanych złamaniach dolnego odcinka kości udowej u dzieci.

ZUSAMMENFASSUNG.

Aus dem Institut für traumatische Chirurgie, Warszawa.

Richtlinien der Behandlung des Oberschenkelbruches

v.

Dr. Jan Skorko

Bericht über 85 Oberschenkelbrüche, davon 20 pertrochantäre, 7 subtrochantäre, 9 suprakondyläre, und 49 Schaftbrüche, die im Laufe der 15 Monate (1.XI 35 — 1.II 37) im Institute behandelt waren.

Schlussfolgen:

1. Bei der Behandlung des Oberschenkelbruches die Drahtextension ist einzige richtige Methode (und nicht die Methode der Wahl). Heftpflasterzug wird nur bei den Kindern bis 4 Jahre geübt.

   Der Zug allein lässt nicht immer, besonders bei den queren Brüchen, gute Reposition erzielen. Zu diesem Zwecke sind oft in den ersten 7—10 Tagen verschiedene Manöver, sogar die manuelle Reposition in der Narkose, notwendig.

2. Operative Behandlung der frischen Oberschenkelbrüche wird prinzipiell abgelehnt: nur in seltenen Fällen, wenn die Reposition mittels Drathzug misslingt, wird sekundär nach 10—14 Tagen blutige Einrichtung auf dem Extensionsbett vorgenommen.

3. Die Beugung im Hüft- und Kniegelenk muss bei den subtrochantären, Schaft- und suprakondylären Brüchen immer rechtwinklig bleiben. Deshalb ist für diese Bruchformen die Schiene nach Gruca oder Eiselsberg unentbehrlich. Die Böhlersche Schiene mit dem kleinen Winkel kann nur für die pertrochantäre Oberschenkelbrüche genügen.

4. Die Behandlung der Oberschenkelbrüche im Gipsverband, sogar in rechtwinkliger Beugestellung des Hüft- und Kniegelenkes, kann nicht gute Heilergebnisse geben, weil im Gipsverband Verschiebungen und Achsenknickungen durch Muskelzug entstehen. Der Gipsverband kann nur für manche pertrochantäre und quere suprakondyläre Oberschenkelbrüche geübt werden.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Kliniki Chirurgicznej I Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
Dyrektor: Prof. Dr. *Zygmunt Radliński.*

Technika ważniejszych typowych zabiegów operacyjnych na przewodzie pokarmowym, stosowana w Klinice Chirurgicznej I U. J. P.

(Dokończenie).

podał
Dr. Stanisław Szenicer.

B. Jelito cienkie.

A. CZĘŚĆ OGÓLNA.

Ogólne zasady techniki są tu takie same, jak w operacjach na żołądku: szew zespalający jest szwem lnianym jednopiętrowym Lemberta, do otwierania światła używamy żegadła Paquelina.

B. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA.

1. Wycięcie części jelita cienkiego. Wskazania do tego zabiegu są wiadome; najczęściej robimy ten zabieg w przypadkach upośledzenia na znaczniejszej przestrzeni żywotności ściany jelita. W tych właśnie przypadkach, kiedy pętla doprowadzająca jest rozdęta i przepełniona wysoce toksyczną i silnie zakażoną treścią jelitową, jest rzeczą bardzo ważną, ażeby wycięcie jelita odbyło się bez otwarcia jego światła („koniec do końca").

Technika wycięcia części jelita bez otwarcia światła.

Podwiązujemy naczynia krezki na odpowiedniej przestrzeni. W dostatecznie dużej odległości od zmienionego odcinka jelita [1]), zwłaszcza daleko w górę na pętli doprowadzącej, nakładamy na pętlę do- i odprowadzającą zaciski miękkie; przed ich zamknięciem wyciskamy drugim i trzecim palcem zawartość z obu pętel w stronę odcinka odchodzącego. Nakładamy miażdż Doyena z jednej strony, potem twardy zacisk na część odchodzącą z tejże strony, zdejmujemy miażdż, a na jego miejsce nakładamy zacisk szwedzki, ponad którym odpalamy żegadłem pętlę odchodzącą. To samo robimy z drugiej strony, poczem odcinek odchodzący odrzucamy. Zbliżamy teraz do siebie oba przekroje jelita tak, aby ramiona zacisków szwedzkich leżały równolegle do siebie. Następuje szereg szwów Lemberta lnianych pojedyńczych na tylną ścianę (rys. 1).

Teraz obracamy oba zaciski szwedzkie do wewnątrz i nakładamy szereg takich samych szwów na przednią ścianę (rys. 2).

Z kolei operator otwiera i wyciąga ostrożnie jeden i drugi zacisk szwedzki, poczem szybko nakłada i zawiązuje po dwa — trzy szwy narożne uszczelniające. Zdejmujemy miękkie zaciski, kciukiem

[1]) Dzięki temu oddalamy się od wybitnie zjadliwej pod względem flory bakteryjnej i jej toksyn treści jelitowej, a ponadto operujemy na zdrowej ścianie jelita.

i wskazicielem rozklejamy poprzez ścianę jelita otwór zespoleniowy (rys. 3).



Rys. 1. Wycięcie części jelita cienkiego bez otwarcia światła. Odcinek odchodzący został odrzucony. Oba przekroje jelita, zamknięte przez zaciski szwedzkie, leżą równolegle do siebie. Nałożona została tylna linia szwów pojedyńczych lnianych Lemberta.



Rys. 2. Wycięcie części jelita bez otwarcia światła. Widać przednią linię szwów pojedyńczych lnianych Lemberta.



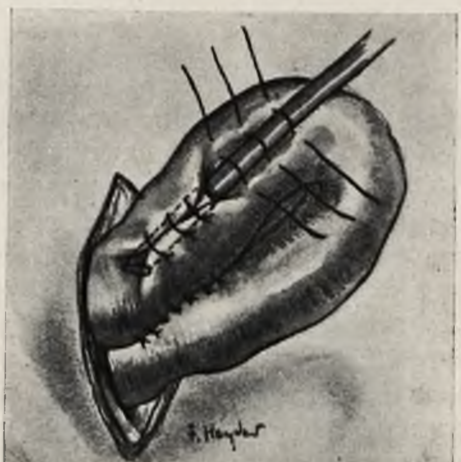
Rys. 3. Wycięcie części jelita bez otwarcia światła. Rozklejanie otworu zespoleniowego poprzez ścianę jelita.

Końce podwiązek na naczyniach krezkowych związujemy ze sobą, ażeby nie pozostawiać wrót dla przepukliny wewnętrznej.

W przypadkach, w których z tych czy z innych powodów nie możemy zeszyć jelita „koniec do końca", po zmiażdżeniu nakładamy cienką podwiązkę, odpalamy odcinek odchodzący, wpuklamy oba kikuty szwem dwupiętrowym (pierwsze piętro: szew ósemkowy lniany, drugie piętro: szew kapciuchowy strunowy) i zespalamy jelito „bok do boku" szwem jednopiętrowym lnianym, przy czym nacinamy ściany obu pętel najpierw nożem aż do podśluzówki, a następnie otwieramy ich światło żegadłem Paquelina.

2. Z e s p o l e n i e m i ę d z y j e l i t o w e t y p u B r a u n a. Wskazania są jasne. Technika jest oparta na wyżej powiedzianym.

3. J e j u n o s t o m i a: zakładamy typową przetokę Witzela, a poniżej niej zespalamy pętlę do- i odprowadzającą sposobem Brauna, po czym ścianę jelita przyszywamy do otrzewnej ściennej (rys. 4).



Rys. 4. Jejunostomia.

4. E n t e r o s t o m i a. W przypadkach, kiedy zmuszeni jesteśmy do założenia przetoki kałowej na jelicie cienkim (np.

wyjątkowe przypadki niedrożności pooperacyjnej), robimy to w sposób najprostszy: otwieramy jamę otrzewnej z cięcia w linii środkowej poniżej pępka, obieramy pierwszą wstawiającą się w ranę rozdętą pętlę, wprowadzamy płytko pomiędzy nią a brzegi otworu w otrzewnej pasy gazy (ażeby przyśpieszyć powstanie sklein, oddzielających pętlę wyłonioną od wolnej jamy otrzewnej), zwężamy kilkoma szwami otwór w otrzewnej i w pozostałych warstwach powłok i na tym poprzestajemy. Z otwarciem światła jelita czekamy możliwie długo, chyba że stan chorego zmusi nas do uczynienia tego wcześniej. Nie robimy tego jednak nigdy przed upływem 24 godzin.

C. Jelito grube.

A. CZĘŚĆ OGÓLNA.

W przeciwstawieniu do żołądka i jelita cienkiego odnosimy się nieufnie do szwów na jelicie grubym: po pierwsze ze względu na cienkość ściany okrężnicy, po wtóre przez wzgląd na jej zawartość, która jest mniej lub więcej zbita i silniej napiera na szwy i której flora bakteryjna jest bardziej zjadliwa niż w wyższych odcinkach przewodu pokarmowego. Przyczyny te skłaniają nas do stosowania tu szwu dwupiętrowego, wzmocnionego ponadto „plombą” sieciową. Światło jelita grubego otwieramy na ostro, ponieważ wewnętrzne piętro szwów, przechodzące przez wszystkie warstwy ściany, jest zarazem piętrem hemostatycznym, poza tym przy otwieraniu światła na ostro otrzymujemy równiejsze i zdolniejsze do zrostu brzegi niż przy przepalaniu żegadłem.

W zespoleniach staramy się, aby otwarcie światła oraz wewnętrzne piętro szwów wypadło na wolnej taśmie zespalanego odcinka okrężnicy, gdyż tu ściana tego jelita jest najgrubsza.

B. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA.

1. W y c i ę c i e p r a w e j p o ł o w y o k r ę ż n i c y. Gdy operujemy doszczętnie z powodu guza (nowotworowego lub zapalnego swoistego, a nawet nieswoistego), umiejscowionego w jednym z pozaotrzewnowych odcinków okrężnicy (od kątnicy do zagięcia wątrobowego włącznie i od zagięcia śledzionowego do górnej części esicy), dokonujemy wycięcia całej prawej względnie lewej połowy okrężnicy. Nigdy nie ograniczamy się do małych wycięć kątnicy, wstępnicy lub zstępnicy. Tylko bowiem hemicolectomia, przy której odcinki zespalane otoczone są ze wszystkich stron surowicówką, zapewnia bezpieczeństwo naszym szwom, a zarazem umożliwia wycięcie doszczętne, to jest wraz z odpowiednimi gruczołami krezkowymi.

T e c h n i k a w y c i ę c i a p r a w e j p o ł o w y o k r ę ż n i c y. Cięcie Jalaguiera po stronie prawej, możliwie na samym (zewnętrznym) brzegu mięśnia prostego. Czasem, w razie trudności przy uruchomieniu, dodajemy cięcie poprzeczne. Po otwarciu otrzewnej przystępujemy do uruchomienia guza wraz z kątnicą, wstępnicą i zagięciem wątrobowym, odklejając te odcinki wraz z ich krezką od tylnej ściany brzucha. W tym akcie operacyjnym wykorzystujemy stosunki, jakie panują w jamie otrzewnej we wczesnym okresie życia płodowego. Wiadomo bowiem, że w tym okresie całe jelito grube otoczone jest dokoła błoną surowiczą i leży wewnątrzotrzewnowo. Dopiero w końcu czwartego miesiąca rozwoju

osobniczego wstępnica i zstępnica wraz ze swą krezką przyklejają się tylną powierzchnią do tylnej ściany jamy brzucha.

Po uruchomieniu prawej połowy okrężnicy podwiązujemy naczynia krezkowe odpowiedniego odcinka jelita biodrowego; długość tego odcinka zależy od rozległości i istoty zmian w gruczołach krezkowych (przerzuty nowotworowe, swoiste czy też nieswoiste sprawy zapalne). Następuje podwiązanie naczyń jelita grubego aż do połowy poprzecznicy, (c a v e: moczowód, dolny biegun nerki, pozaotrzewnowa część dwunastnicy). Teraz przystępujemy do dalszych kolejnych aktów, które będą polegały: 1) na wycięciu prawej połowy okrężnicy wraz z końcowym odcinkiem jelita biodrowego, 2) na zamknięciu kikutów, 3) na zespoleniu jelita biodrowego z lewą połową poprzecznicy.

Kolejność taka jest ważna: gdybyśmy bowiem najpierw założyli zespolenie, a dopiero potem przystąpili do zamknięcia kikutów, to mogłoby się zdarzyć, że jeden lub drugi kikut, wpuklony do światła jelita już zespolonego, dosięgnąłby otworu zespoleniowego i upośledził jego drożność. Ale i odwrotnie, zbyt duża odległość ślepych końców kikutów od otworu zespoleniowego jest niepożądana: powstają bowiem wtedy ślepe worki, które, rozciągane przez nagromadzający się w nich i zalegający pod postacią złogów kał, dają objawy bólowe.

Nakładamy więc teraz zaciski twarde na odcinek odchodzący, miękkie zaś — na części pozostające. Miażdż Doyena, podwiązki strunowe cienkie na bruzdy zmiażdżenia, odpalenie odcinka odchodzącego, wgłobienie kikutów dwoma piętrami szwów (I piętro — szew ósemkowy lniany, II piętro — szew kapciuchowy strunowy), anti- lub izoperystaltyczne (co jest bez znaczenia) zespolenie jelita biodrowego z pozostawioną lewą połową poprzecznicy, (blisko ślepych końców kikutów) w typie „bok do boku" za pomocą szwu dwupiętrowego: I piętro tylne: szew Lemberta ciągły lniany na dwie nitki, II piętro tylne: szew ciągły strunowy, który prowadzimy przez wszystkie warstwy w ten sposób, że rozpoczynamy go w połowie tylnej wargi zespolenia, zawiązując długą nitkę strunową w połowie jej długości, i szyjemy w następującym porządku: 1) śluzówka, 2) surowicówka jednej pętli, 3) surowicówka i 4) śluzówka (na której następuje wykłucie) drugiej pętli itd. (rys. 5).



Rys. 5. Hemicolectomia: szew wewnętrzny strunowy.

Szyjąc wciąż tą samą nitką i w ten sam sposób, przechodzimy na przednią ścianę, aż dojdziemy mniej więcej do jej połowy. Wtedy szew zawiązujemy, wracamy do pozostawionej na tylnej wardze nitki strunowej, której jedną połowę już zużyliśmy. Nitką tą szyjemy tak samo, jak poprzednio, tylko w stronę przeciwną (rys. 6).



Rys. 6. Hemicolectomia: szew wewnętrzny strunowy (jego druga połowa).

Związujemy ją, nie dochodząc do połowy przedniej linii. Teraz końce strunowe krótko obcinamy, za pomocą 2 — 3 szwów strunowych pojedyńczych Lemberta zamykamy pozostały mały otworek i pogrążamy węzły strunowe. Następnie, po zdjęciu miękkich zacisków i zmianie rękawiczek oraz narzędzi, nakładamy na przednią ścianę piętro szwu Lemberta ciągłego lnianego, składającego się z dwóch nitek, idących na spotkanie (rys. 7). Końce szwów lnianych obcinamy, kikuty oraz linię szwów okrywamy siecią, umocowaną kilkoma szwami.



Rys. 7. Hemicolectomia: szew przedni lniany Lemberta; składa się on z dwóch nitek, poprowadzonych sobie na spotkanie i związanych ze sobą pośrodku.

Przy wycięciu prawej połowy okrężnicy można niekiedy założyć zespolenie w typie „koniec do boku".

Jamę brzucha zaszywamy szczelnie, wyjątkowo zostawiamy sączek.

O technice operacyjnej w niedrożności, wywołanej przez guzy kątnicy, patrz: *Z. Radliński — O postępowaniu w niedrożności okrężnicy prawej. Chirurg Polski, rok II Nr 2.*

T e c h n i k a w y c i ę c i a l e w e j p o ł o w y o k r ę ż n i c y.

Postępowanie jest tu analogiczne. Chcemy tylko podkreślić, że w 24 godziny po zabiegu rozpoczynamy podawanie mineralnych środków czyszczących (np. sól morszyńską) w celu upłynnienia kału, którego zalegające zbite masy mogłyby uszkodzić szew; zmierza to również do możliwie wczesnego odprowadzenia gazów.

W przypadkach niedrożności, wywołanej przez guzy lewej połowy okrężnicy, postępujemy odmiennie: po uruchomieniu guza wraz z lewą okrężnicą wyłaniamy ją poza jamę brzucha, na przestrzeni około sześciu centymetrów odcinka, pozostającego tuż pod otrzewną, zszywamy ze sobą pętlę do- i odprowadzającą dwoma rzędami szwów strunowych, wprowadzamy pasy gazy pomiędzy jelito wyłonione a brzegi otrzewnej, poczem zwężamy szeregiem szwów poszczególne warstwy rany. Po kilku dniach odpalamy żegadłem pętlę wyłonioną, po całkowitym zagojeniu rany przystępujemy do miażdżenia „ostrogi", zapewnionej przez wyżej wspomniane zeszycie pętli do- i odprowadzającej, przekształcając w ten sposób dwulufowy odbyt sztuczny na przetokę kałową, którą wkońcu za pomocą zabiegu plastycznego Dieffenbacha zamykamy.

Technika wycięcia części poprzecznicy i esicy nie wymaga wyjaśnień.

2. Z e s p o l e n i e k r ę t n i c z o - p o p r z e c z n i c z e i k r ę t n i c z o - e s i c z e.

Wskazania do tych zabiegów stanowią sprawy chorobowe okrężnicy (najczęściej rak i gruźlica kątnicy), doprowadzające do znacznego jej zwężenia lub do niedrożności, w przypadkach niepokonalnych trudności w usunięciu prawej połowy okrężnicy (p. cyt. artykuł w tej sprawie). Zabieg ten jest przeciwwskazany w *dolicho- et megacolon* oraz w *obstipatio habitualis,* gdyż w sprawach tych nie widywaliśmy poprawy. Technika wypływa z wyżej powiedzianego.

3. Z e s p o l e n i e m i ę d z y - e s i c z e.

Jest to zespolenie pomiędzy oboma ramionami esicy. Bywa ono czasem wskazane i daje dobre wyniki w *megasigma.*

4. O d b y t s z t u c z n y.

Zakładamy go najczęściej na esicy w tych przypadkach, w których albo narazie, albo też wogóle nic więcej nie możemy zrobić.

Technika jest bardzo prosta: w znieczuleniu miejscowym prowadzimy cięcie poprzez lewy mięsień prosty; po otwarciu otrzewnej i zorientowaniu się w istniejącym stanie rzeczy wyciągamy esicę, w jej krezce robimy na tępo otwór; jeżeli przewidujemy na przyszłość usunięcie dolnej części esicy wraz z odbytnicą, robimy ten otwór jak najbliżej początkowego odcinka esicy. Przez otwór przeciągamy pas gazy, na którym teraz leży wyłoniona część esicy; jeśli mamy w planie zamknięcie odbytu sztucznego na drodze kentrotrypsji i plastyki Dieffenbacha, zakładamy dwa rzędy szwów strunowych, zapewniających utworzenie „ostrogi" (p. w.). Zwężamy warstwowo ranę laparotomijną, pozostawiając po bokach wyłonionej pętli dwa małe płytko do otrzewnej wprowadzone sączki; jelita ani do otrzewnej, ani wogóle do warstw ściany brzucha nie przyszywamy (rys. 8).



Rys. 8. Wyłonienie pętli esicy celem utworzenia odbytu sztucznego.

Po kilku dniach, zależnie od nasilenia się objawów niedrożności, kiedy już nastąpiło oklejenie dokoła pętli, przepalamy żegadłem (bez znieczulenia) otworek na przedniej ścianie dla odejścia gazów, a w jakiś czas potem — obie ściany aż do pasa gazy, który po kilku następnych dniach sam odejdzie (nie należy go odrywać).

5. W g ł o b i e n i e k r ę t n i c z o-o k r ę ż n i c z e.

Chcemy tu zwrócić uwagę na postępowanie, podane w roku 1912 przez prof. *Z. Radlińskiego* dla przypadków, które dało się odgłobić *(Z. Radliński: Wgłobienie jelit — zapobieganie nawrotom. Komunikat na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Przegląd Lekarski 1912, Nr 44, Kraków). Kirschner* ogłosił takie samo postępowanie w swojej *Allgem. u spez. chirurg. Operationslehre* z roku 1932. Metoda polega na tym, że po odgłobieniu (za pomocą wyciśnięcia części wgłobionej z pochwy wgłobienia) przyszywamy dwoma szere-



Rys. 9. Sposób Radlińskiego, zapobiegający nawrotom we wgłobieniu krętniczo-okrężniczym: po odgłobieniu ruchoma pętla końcowa jelita biodrowego została przyszyta dwoma szeregami szwów do wstępnicy.

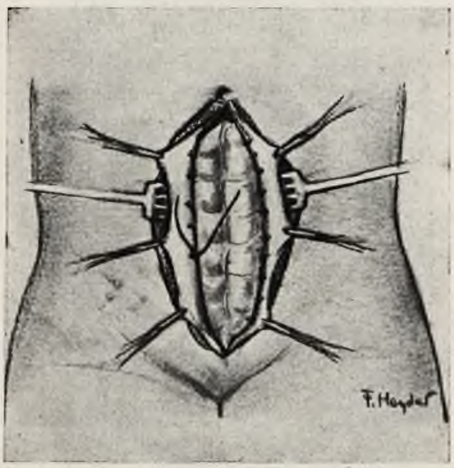
gami pojedyńczych szwów lnianych ruchomą pętlę końcową jelita biodrowego do wstępnicy, najmniej na długości 10 cm. (rys. 9).

W ten sposób przez przymocowanie jeli-

ta krętego do okrężnicy zapobiegamy nawrotom wgłobienia.

6. Skręt esicy.

W przypadkach świeżych, w których po odkręceniu stwierdzamy, że żywotność ścian esicy nigdzie nie została naruszona, robimy — celem zapobiegnięcia nawrotom — tzw. *sigmoidopexię*, tj. przyszywamy esicę do przedniej ściany brzucha. Szczegóły przedstawiają się następująco: z przedniej ściany obu ramion esicy i z otrzewnej ściennej zeskrobujemy nożem jak brzytwą powierzchowną warstwę surowicówki i pocieramy jodyną lub eterem (celem wywołania szybkiego i mocnego sklejenia się a następnie i zrostu) jelita z otrzewną ścienną, po czym trzema rzędami szwów lnianych przyszywamy esicę do otrzewnej ściennej (rys. 10).

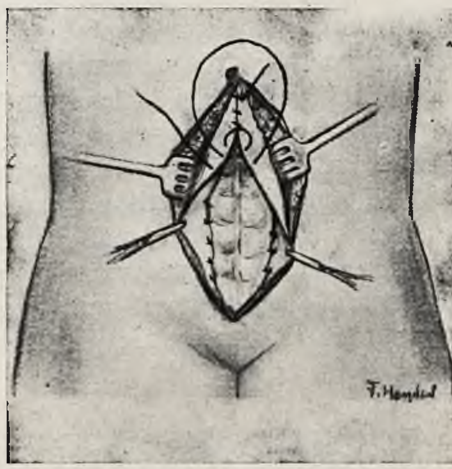


Rys. 10a. Sigmoidopexia: Esica została przyszyta do wewnętrznej ściany otrzewnej dwoma rzędami szwów lnianych.

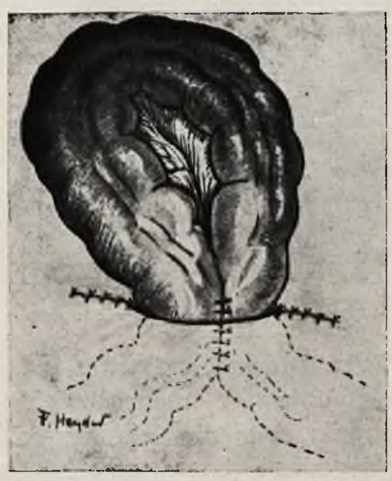
W przypadkach, w których doszło już do upośledzenia żywotności ścian esicy, wybieramy — zależnie od stanu ogólnego chorego oraz od charakteru i rozległości zmian zapalnych w jamie brzucha — albo wycięcie esicy z przywróceniem jej ciągłości, albo też jej wyłonienie *(antepositio)*. W tym ostatnim przypadku zapewniamy sobie konieczną dla dalszego postępowania „ostrogę" jak wyżej (rys. 11).

Po upływie 6 — 10 dni odpalamy wyłonioną pętlę i mamy przed sobą odbyt sztuczny dwulufowy, który poprzez kentrotrypsję, zamieniającą go w przetokę kałową, zamykamy we właściwym czasie (p. w.).

Podkreślamy jeszcze jeden ważny szczegół: przed przystąpieniem do zabiegu w przypadkach skrętu esicy wprowadzamy do odbytnicy długi zgłębnik gumowy Hegara, który z chwilą odkręcenia esicy pomocnik nieumyty wsuwa nieco głębiej pod kontrolą naszej ręki, wymacującej koniec zgłębnika. Odchodzą wówczas gazy i znaczne ilości wysoce toksycznego i zakaźnego kału.



Rys. 10b. Szew ciągły, zamykający otrzewnę, jest zarazem trzecim szwem, zespalającym esicę z otrzewną ścienną.



Rys. 11. Wyłonienie esicy w przypadkach jej skrętu, nie nadających się do innego postępowania.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Z Kliniki Chirurgicznej I Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
Dyrektor: Prof. Dr. *Zygmunt Radliński.*

Uchyłek dwunastnicy.

podał

Dr. Zygmunt Lewandowski
asystent Kliniki

Chora przybyła ze skargami na bóle w prawym górnym kwadrancie brzucha. Podaje, że w lutym r. b. dostała po przebyciu grypy ataku mdłości i wymiotów. Odczuwała wtedy ucisk w dołku podsercowym. Atak ten trwał około 5 godzin. Ostatnio od kilku tygodni bóle ponowiły się, są stałe i mają charakter kłujący. Nasilenie bólów przy chodzeniu jest mniejsze, w pozycji leżącej większe, przy czym bóle te promieniują między łopatki; często bóle niepokoją chorą w nocy i wtedy towarzyszą im mdłości. Z chorób przebytych podaje: 9 lat temu krwotok kiszkowy i przewlekły stan zapalny kiszek, 6 lat temu operacja wyrostka robaczkowego.

Badanie ogólne zmian nie wykrywa. Badanie miejscowe: brzuch wysklepiony prawidłowo, wątroba macalna pod łukiem żebrowym, lekko tkliwa. Śledziona niemacalna. Oporów w jamie brzusznej nie stwierdza się. Przy obmacywaniu nadbrzusza bolesność w dołku podsercowym i w bliźnie pooperacyjnej. Żylaki odbytu. Badanie rentgenologiczne wykazało uchyłek dwunastnicy (patrz rys. 1).

O p e r a c j a: W uśpieniu dożylnym sennarkolem otwarcie brzucha w linii środkowej. Oglądaniem stwierdza się na przednio - górnej powierzchni pierwszego odcinka dwunastnicy uchyłek wielkości połowy śliwki. W okolicy uchyłka nie widać zrostów; po wpukleniu uchyłka do dwunastnicy wyczuwa się wyraźnie brzegi jego podstawowego otworu. Wykonano resekcję żołądka sposobem **Reichel - Polya.** Postępowanie to miało na celu skierowanie treści pokarmowej wprost do jelita czczego z ominięciem dwunastnicy. Uchyłek



Rys. 1.

dwunastnicy wpuklono 3 szwami węzełkowymi. Jamę brzuszną zaszyto szczelnie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Rocha w Warszawie i z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Leczenie zastarzałych przypadków złamań kości łokciowej z jednoczesnym zwichnięciem główki k. promieniowej.

podali

Dr. Jan Kołodziejski i Dr. Tadeusz Sokołowski.

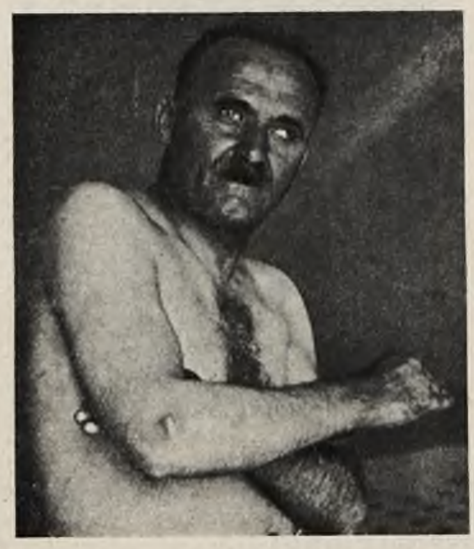
W poprzednim zeszycie „Chirurga Polskiego" *Dr. Ciszkiewicz* podał wyniki leczenia złamań kości łokciowej z jednoczesnym zwichnięciem główki kości promieniowej. Praca ta, oparta na materiale chorych Instytutu Chirurgii Urazowej, świadczy, że leczenie świeżych przypadków nie jest trudne, a wyniki są z reguły dobre. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli otrzy-

mujemy przypadek zastarzały. Tutaj jedynym leczeniem jest resekcja stawu ramienno-promieniowego, tj. usunięcie zwichniętej główki kości promieniowej. Nie trzeba dodawać, że następstwa nieodprowadzenia złamania i zwichnięcia, o którym mowa, narażają chorego na nieuniknione upośledzenie czynnościowe kończyny i wtórną operację. Bez operacji — chory jest kaleką. Przypadki nasze dostały się odrazu do rąk lekarzy, jeden w Warszawie, dwa poza Warszawą, a jednak nietylko nie nastawiono złamania i zwichnięcia, a przeciwnie, utrwalono zwichnięcie za pomocą opatrunku ustalającego.

Przypadek 1.

(*Dr J. Kołodziejski*): Chory E. S., l. 49, przyjęty w 6 tygodni po wypadku. Przed 6 tygodniami doznał bezpośredniego urazu — zasłaniał się przed ciosem, wymierzonym w głowę, poczuł odrazu ból przedramienia i stawu łokciowego i nie mógł władać kończyną. Udał się do jednego z oddziałów chirurgicznych w Warszawie, gdzie potraktowano leczenie ambulatoryjnie: nałożono opatrunek gipsowy i polecono zgłoszenie się do innego ambulatorium po upływie 6 tygodni. Po zdjęciu gipsu w tym ambulatorium stwierdzono nieprawidłowe wypuklanie się główki k. promieniowej oraz znaczne ograniczenie ruchów stawu łokciowego i odesłano chorego do Szpitala Św. Rocha.

Stan obecny: Dobrze zbudowany mężczyzna. Zarysy stawu łokciowego nieprawidłowe, widać wypuklającą się główkę kości promieniowej (rys. 1). Ustawienie stawu pod kątem 115°, ruchy czynne stawu zniesione, przy ruchach biernych wyczuwa się opór, a chory reaguje żywo wskutek bólu (blokada stawu). Zdjęcie (rys. 2) wykazuje nadłamanie kości łokciowej (skonsolidowane) z niezbyt wielkim wygięciem oraz zastarzałe zwichnięcie główki k. promieniowej z częściowym jej odłamaniem. Staw nadgarstkowy zupełnie sztywny, znaczna sztywność palców ręki, rentgenogram wykazuje znacznego stopnia zanik plamisty dolnych nasad kości przedramienia i kości garstka (kończyna była przez 6 tygodni unieruchomiona w opatrunku gipsowym, ujmującym ramię oraz całe przedramię wraz z palcami).



Rys. 1.



Rys. 2.

Operacja: Z cięcia podłużnego usunięto górną nasadę promienia wraz z odszczepem główki. Ruchy bierne stawu łokciowego wróciły natychmiast. Nałożono opatrunek gipsowy, ujmujący przedramię i ramię. Dalszy plan leczenia: po 2 tygodniach zdjęcie gipsu, usunięcie szwów skórnych i nałożenie nowego opatrunku gipsowego na dalsze 2 tygodnie, po czym ruchy czynne. Masaż i leczenie fizykalne dopiero po upływie następnych 3—4 tygodni (żeby uniknąć pobudzania kostniny do rozrostu).

Przypadek 2.

(*Dr T. Sokołowski*): Chory S. W. lat 41, przybył do Instytutu w 4 tygodnie po wypadku. Chory ten otrzymał cios w przedramię żelaznym drążkiem (zasłonił głowę). Po wypadku udał się odrazu do lekarza, który nałożył opatrunek z deseczek i opaski krochmalnej i odesłał chorego do domu. Po kilku tygodniach chory udał się do szpitala celem zmiany opatrunku: stwierdzono tam stan, jak poniżej, i odesłano chorego do Instytutu Chir. Urazowej.

S t a n o b e c n y: Skrzywienie przedramienia (prawie skonsolidowane) i wypuklenie się główki, jak w przyp. 1. Na zdjęciach (rys. 3) widać złamanie k. łokciowej z przemieszczeniem i zwichnięciem stawu ramienno-promieniowego.



Rys. 3.



Rys. 4.

O p e r a c j a: W znieczuleniu miejscowym z podłużnego cięcia odsłonięto główkę k. promie-

niowej, wyłoniono ją z rany i wyszkieletowano zewnątrzokostnowo kość promieniową aż do przyczepu m. dwugłowego ramienia (tuberositas radii). Następnie podprowadzono pod kość piłkę Gigli i odcięto górną nasadę kości promieniowej tuż powyżej guzowatości (rys. 4). Ruchy stawu łokciowego wróciły bezpośrednio po zabiegu. Po wykonaniu ręcznie redresji kości łokciowej (klinicznie nieznaczne skrzywienie, więc zaniechano osteotomii) opatrunek gipsowy, ujmujący ramię i przedramię. Dalszy plan leczenia: Gips na okres 3 tygodni, po czym ruchy czynne. Po dalszych 3 tygodniach leczenie fizykalne. W tym przypadku nie obawiamy się rozrostów kostniny w tym stopniu, co w przypadku 1., ponieważ wycięliśmy główkę wraz z okostną i nie mieliśmy ponadto odłamania części główki, jak w przypadku 1.

ZJAZDY I POSIEDZENIA

XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. Lwów 4 — 7 lipca 1937.

Uroczyste otwarcie Zjazdu nastąpiło w Teatrze Wielkim o g. 10 rano. Po przemówieniach Prezesa Komitetu Organizacyjnego Zjazdu nastąpił wybór Przewodniczącego Zjazdu oraz członków Prezydium, po czym nastąpiły przemówienia delegatów i odczytanie depesz.

Wykład inauguracyjny: „Przyrost ludności w Polsce i jego konsekwencje” wygłosił p. Minister *Prof. Dr. W. Świętosławski*. O godz. 13 nastąpiło otwarcie Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej i Uzdrowiskowej na placu Targów Wschodnich. Popołudniu specjalny pociąg zawiózł uczestników do Skniłowa, gdzie na lotnisku odbył się interesujący pokaz napadu lotniczego oraz obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej, zakończony przeglądem samolotów, akrobacjami szybowcowymi i pokazem grupowego skoku ze spadochronami.

W drugim dniu rozpoczęły się obrady sekcyj Zjazdu. Na zebraniach plenarnych duże zainteresowanie wzbudziły wykłady Doc. Dra *G. Szulca* „Alkoholizm w świetle nowoczesnej fizjologii”, Ppłk. Dra *Fiumela* „Wpływ zawodu lotniczego na ustrój człowieka” i Prof. Dra *Wachholza* „Geneza przestępstwa, a prawo kontrastu”.

Obrady sekcyj obfitowały w bogaty materiał, jedynie sekcja chirurgiczna posiedzeń własnych nie odbywała, wobec tego, że większość zgłoszonych tematów została wyczerpana na tegorocznym Zjeździe Chirurgów w Warszawie. Posiedzenia sekcji chirurgicznej odbyły się wspólnie z sekcją medycyny wewnętrznej i anatomii patologicznej przy skąpej frekwencji chirurgów.

Pierwsze posiedzenie odbyło się wspólnie z sekcją medycyny wewn. z tematem programowym „Klinika zaburzeń wegetatywno-dokrewnych z zakresu dziedziny chorób wewnętrznych”. Zgłoszone tematy chirurgiczne dotyczyły zagadnień chirurgicznych w zaburzeniach czynności układu krążenia i dusznicy bolesnej operacyjnym usuwaniem tarczycy *(prof. Głatzel)*, chirurgii gruczołów przytarczycznych *(Michałowski)*, wpływu częściowego usunięcia tarczycy na narząd krążenia w przypadkach wola i tyreotoksykozy *(Kowalczyk, Tochowicz)*.

Tematem programowym drugiego posiedzenia, również wspólnie z sekcją medycyny wewnętrznej, była „Klinika trzustki”. Leczenie operacyjne referował prof. *Jurasz*.

Trzecie posiedzenie, wspólnie z sekcją anatomii patologicznej, miało jako temat programowy „Zaburzenia wydalania żółci” z referatem prof. *Ostrowskiego* „O kamicy żółciowej”.

W podsekcji medycyny doświadczalnej omawiano między innymi technikę zażyciowego uzyskiwania punktatów narządów wewnętrznych do badań mikromorfologicznych i ich znaczenie rozpoznawcze (prof. *Tempka, Kubiczek*).

W niektórych innych sekcjach, zwłaszcza przeładowanych tematami, dawał się nieraz odczuwać brak zgrupowania zbliżonych treścią referatów, co stało się powodem spadku frekwencji i mniejszego wykorzystywania posiedzeń.

Uczestnicy Zjazdu wzięli udział w uroczystym pochodzie i złożeniu wieńca na Cmentarzu Obrońców Lwowa.

W trzecim dniu Zjazdu odbył się raut, zorganizowany przez Komitet Organizacyjny Zjazdu, w salonach U. J. K. Zorganizowane było również zwiedzanie miasta, wycieczki autobusami do Lubienia Wielkiego, a po Zjeździe wycieczki krajoznawcze po Małopolsce. Uczestnicy Zjazdu zostali obdarowani pamiątkowymi wydawnictwami, doznając gościnnego przyjęcia oraz rozmaitych ulg i udogodnień.

Zjazd odbył się z udziałem ponad 1500 lekarzy i przyrodników z całej Polski, dokumentując wielki rozwój nauki polskiej.

Jerzy Szulc.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Klinice Chirurgicznej I U. J. P. dnia 21 czerwca 1937 r.

Dr. J. Kossakowski:

Skręt jądra u dziecka.

Dziecko płci męskiej, 12-miesięczne zgłosiło się do Szpitala dla dzieci z powodu bolesnego guza prawej okolicy pachwinowej. Choroba rozpoczęła się nagle przed 9 dniami: dziecko zaczęło narzekać na bóle w pachwinie. Matka zauważyła w tej okolicy guzek, powiększający się stopniowo; dziecko gorączkuje wysoko, miało kilka razy wymioty; skóra w miejscu gdzie wystąpił guzek uległa obrzmieniu i zaczerwienieniu. Badanie szpitalne stwierdza obecność twardego bolesnego guza wielkości śliwki w okolicy pachwinowej prawej, ruchomość guza nieznaczna, skóra zaczerwieniona. W worku mosznowym po stronie prawej jądra nie stwierdza się, po stronie lewej jądro prawidłowe znajduje się w mosznie.

W tym przypadku można było myśleć o zapaleniu gruczołów pachwinowych, przepuklinie uwięźniętej, ostrym zapaleniu jądra nieopuszczonego do moszny, zapaleniu ropnym wodniaka powrózka nasiennego, a wreszcie o skręcie nieopuszczonego jądra, względnie przydatku Morganiego. W opisanym przypadku zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu skrętu nieopuszczonego jądra i przystąpiliśmy do operacji. Stwierdziliśmy po otwarciu otoczki guza zgorzel jądra, skręconego kilkakrotnie dookoła szypuły. Wewnątrz otoczki stwierdzono niewielką ilość wysięku zapalnego ropnego (pokaz preparatu jądra). Po operacji nastąpił szybko spadek gorączki, objawy ogólne ustąpiły. Po usunięciu sączka z łożyska jądra niewielka przetoka zagoiła się szybko; po 2 mies. kontrolne badanie stwierdziło, że dziecko jest zdrowe.

W danym przypadku mieliśmy nietypowe schorzenie, tak pod względem wieku, jako też miejsca skrętu: skręt jądra nieopuszczonego jest rzeczą b. rzadką—Ombrédanne spostrzegał taki przypadek tylko jeden raz. W trzech przypadkach skrętu jądra operowanych przezemnie u dzieci starszych wykonałem odkręcenie — były to przypadki wczesne. Niedawno *dr. Urbańczyk* operował w naszym szpitalu uwięźniętą przepuklinę u 4-letniej dziewczynki i wyciął skręcony zgorzelinowy jajnik, który stanowił treść przepukliny (pokaz preparatu). Skręt jądra bywa często nierozpoznawany lub rozpoznawany mylnie, jako ostre zapalenie jądra i dlatego na sprawę tę warto zwrócić uwagę.

Dr. S. Czubalski:

Przypadek kamicy dróg moczowych powikłany bezmoczem

(streszczenie własne).

Przypadek dotyczy mężczyzny lat 51, który podawał, że od 20 paru lat cierpi na obustronną kamicę nerkową. W przeciągu tego czasu wydalił z moczem do 30 kamyków, których wielkość nie przekraczała fasoli.

Ostatnio od paru tygodni gorączkował do 39° i miewał dreszcze, bóle napadowe w okolicy prawej nerki. Od paru dni bóle napadowe ustąpiły po stronie prawej, wzamian za to powstały tępe, nasilające się bóle w okolicy lewej nerki. Od paru dni zauważył zmiejszającą się ilość dobową moczu i ostatnio od około 24 godzin mocz zatrzymał się. Badając chorego w dniu 11.XII. 1936. stwierdziliśmy następujący stan: budowa prawidłowa, bardzo tęgi (waga około 90 kilo), język suchy, obłożony, ciepłota — 38,6°, tętno 100 słabo napięte, ciśnienie 165/90, nasilający się ból głowy. W płucach i sercu zmian klinicznych brak. Brzuch umiarkowanie wzdęty. Goldflam po stronie prawej ujemny, po lewej zaś wybitnie dodatni. Lewa nerka powiększona, bardzo tkliwa. Ściślejsze badanie kliniczne przeprowadzone tego samego dnia pozwoliło nam stwierdzić brak moczu w pęcherzu (sprawdzone cewnikiem); zdjęcie rentgenowskie dróg moczowych wykazało nam obecność 3 kamieni dość dużych w lewej nerce, jednego kamienia w prawej i uwięźnięty kamień, wielkości fasoli, w dolnym odcinku prawego moczowodu. Surowica krwi zawierała 120 miligramów mocznika. Poprzednie badania moczu wykazywały niski ciężar gatunkowy i w osadzie sporą ilość ropy. Porównując poprzednie zdjęcia rentgenowskie dróg moczowych z obecnym i biorąc pod uwagę wszystkie dane, zdawaliśmy sprawę, że rozpoznanie żadnych nie nastręcza trudności i że mamy w danym przypadku do czynienia z obustronnie zakażoną kamicą nerkową i z powstającym roponerczem po stronie

lewej, uwięźniętym kamieniem w dolnym odcinku prawego moczowodu, anurią i z wzmagającą się azotemią. Zespół objawów groźny dla życia chorego. Zachodziło teraz pytanie, jakie należało zastosować leczenie w podobnym przypadku. Najbardziej oszczędny zabieg operacyjny wydawał się zbyt ciężki dla naszego chorego. Wychodząc z założenia, że w podobnych przypadkach przede wszystkim należy wypróbować metody leczenia zachowawcze, usiłowałem założyć cewnik do prawej nerki, nie zrażając się trudnościami w postaci stosunkowo dużego kamienia w moczowodzie. Dla ułatwienia sobie wprowadzam zazwyczaj do ujścia moczowodu 2 cewniki cienkie i manipulując nimi odpowiednio udaje mi się zazwyczaj sforsować przeszkodę. W ten sposób udało mi się wprowadzić cewnik do prawej nerki. Zalegającego moczu w miedniczce prawej nie stwierdziłem. Do lewej nerki wprowadziłem cewnik bez trudności. W lewej miedniczce zalegającego moczu ropnego okazała się znaczna ilość. Po zastosowaniu upustu krwi, zaaplikowaliśmy choremu 20% glukozę dożylnie, fizjolog. roztwór soli podskórnie, środki nasercowe oraz poleciliśmy choremu dużo płynów do wewnątrz. Ogólny stan chorego z dnia na dzień poprawiał się, pomimo tego, że ilość moczu w ciągu pierwszej doby wynosiła 200,0, a mocznik we krwi wzrósł do 165 miligr. Bóle głowy i bóle w okolicy lewej nerki ustępowały. Ilość dobowa moczu stale wzrastała i wynosiła na 7 dzień od włożenia cewnika 3900,0. W tym czasie mocznik we krwi stale wzrastał i wynosił 205 miligr., 210 miligr., a na 6. dzień 226 miligr. Od tej chwili zaczął powoli cofać się i osiągnął 66 miligr. na 10. dzień od założenia cewnika. Dodam, że miedniczki nerkowe w tym czasie płukaliśmy roz. rivanolu (1 na 1000). Po 17 dniach zaproponowaliśmy choremu zabieg operacyjny polegający na usunięciu kamienia z moczowodu. Na zabieg chory wówczas nie zgodził się, licząc, że i ten kamień wydali z moczem, tym bardziej, że stan ogólny chorego znakomicie się poprawiał. Wobec tego usunąłem cewnik z nerek i na 4. dzień po usunięciu cewników wystąpiła ciepłota do 38,4° i dość znaczne bóle w okolicy prawej nerki. Założyłem wówczas cewnik do prawej nerki. Ciepłota szybko opadła i bóle ustąpiły. Po tygodniu znowu podniosła się ciepłota do 38,4° i wystąpiły bóle w okolicy lewej nerki. Zmuszony byłem założyć cewnik do lewej nerki i w miedniczce stwierdziłem dość znaczne zaleganie ropnego moczu. 26.I.37 nie wyjmując cewników moczowodowych poddałem chorego operacji usunięcia kamienia z prawego moczowodu. Operację wykonałem zaotrzewnowo z cięcia ponad więzadłem Poupart'a. Trudności techniczne podczas operacji wypływały przede wszystkim z nadmiernej otyłości chorego. Rany moczowodu nie zaszywałem, pozostawiając jedynie w tej okolicy sączek. Przebieg pooperacyjny gładki. 31.I.37 usunąłem cewniki z nerek. Okazuje się, że w prawej nerce leżał cewnik ogółem 44 dni z przerwą parodniową, w lewej zaś nerce 37 dni, również z parodniową przerwą. 19.II.1937 chory zagojony wypisał się. Obecnie czuje się stosunkowo dobrze i zawodowo pracuje. Mocznik we krwi utrzymuje się na poziomie 60 miligr. Pyelografia dożylna wykazuje znaczne upośledzenie czynnościowe obu nerek.

Na marginesie tego przypadku nasuwają mi się następujące uwagi:

1) Przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego należy zawsze usiłować wprowadzić cewniki do nerek, co często daje się uskutecznić.
2) Cewniki w miedniczkach nerkowych przebywać mogą bardzo długo nie powodując poważniejszych powikłań. Czas przebywania cewnika w miedniczkach jest wprost proporcjonalny do wskazania i zadania, jakie mają one spełnić.
3) Jeżeli chodzi o operację usunięcia kamienia z dolnego odcinka moczowodu, to uważam, że pozaotrzewnowe usunięcie kamienia z cięcia powyżej Pouparta jest najbardziej celowe.

Dyskusja:

Dr. Datyner zapytuje, na jakiej zasadzie można rozpoznawać w danym przypadku roponercze l. nerki bez pyelografii wstępującej. *Dr. Czubalski:* Rozpoznanie nasuwało się tu na podstawie następujących danych: nerka lewa duża, bolesna, ciepłota podniesiona. Sądzi, że dla wyleczenia chorego konieczne będzie usunięcie kamieni z lewej nerki. *Dr. Czarkowski:* Aczkolwiek usunięcie kamieni nisko leżących w moczowodzie drogą zaotrzewną u osób otyłych jest trudne, jest to jedynie racjonalna droga. *Cz.* niejednokrotnie ułatwia sobie wydobycie kamienia w ten sposób, że przesuwa palcami kamień do wyższego odcinka moczowodu, zazwyczaj w tych przypadkach rozszerzonego. *Dr. Szenkier* rozważa, czy w danym przypadku bezmocz powstał na drodze odruchu, czy powstał, jako też był wyrazem obustronnej niedomogi nerkowej. W takim razie samo cewnikowanie nie dałoby efektu; należy przeto raczej przypuścić, że bezmocz był odruchowy.

Naogół sprawa bezmoczu odruchowego jest jeszcze niewyjaśniona: jedni uważają, że jeżeli dojdzie do bezmoczu w przebiegu jednostronnej kamicy, dzieje się to wskutek towarzyszących zmian chorobowych drugiej nerki. Inni natomiast twierdzą, że bezmocz w tych razach może nastąpić i przy całkowicie zdrowej drugiej nerce. W sprawie dotarcia do nisko położonych kamieni moczowodowych uważa również drogę zaotrzewnową za najlepszą; *Sz.* dwa razy operował takie kamienie drogą przez pochwę. Przypadki skończyły się szczęśliwie, jednak zawsze pozostaje obawa trwałej przetoki, która wymaga nieodzownie usunięcia odpowiedniej nerki. W przypadkach, gdy mocz jest niezakażony, *Sz.* nie radzi trzymać cewników ponad 24 godziny z obawy wtórnego zakażenia. *Dr. Fryszman* sądzi, że w omawianym przypadku bezmocz powstał nie na drodze odruchu, lewa nerka była chora i niewydolna. *F.* zwraca uwagę na fakt, że pomimo zwiększenia diurezy mocznik stale narastał: w takim przypadku zdecydowałby się na nefrostomię.

Doc. Szerszyński: odróżnia 3 postacie bezmoczu: bezmocz nerkowy, np. w przypadku ostrego zapalenia nerek, bezmocz podnerkowy, np. w przypadku kamienia w moczowodzie i bezmocz ponadnerkowy, spotykany najrzadziej. Taki przypadek miał możność spostrzegać niedawno u młodego człowieka po postrzale, gdzie pocisk wniknął w okolicy lewego podżebrza i tkwił pod skórą w prawej okolicy lędźwiowej. Powstał bezmocz, aczkolwiek nerka, jak należało przypuszczać, nie była uszkodzona, gdyż nawet później krwiomocz nie wystąpił. Tu prawdopodobnie pocisk uszkodził sploty nerwowe. *Sz.* uważa, że narastanie mocznika w omawianym przypadku pomimo narastania diurezy jest zrozumiałe: nerki po bezmoczu są przez czas dłuższy niewydolne i nie są w stanie wydzielić narastającego wciąż mocznika w organizmie.

Dr. Czubalski: zaznacza w odpowiedzi, że w danym przypadku należało niezbędnie założyć cewnik do lewej nerki, jako zajętej przez roponercze, z chwilą gdy warunki nie pozwalały na wkroczenie operacyjne.

Dr. J. Kołodziejski: (przypadek *St. Rekwarta*):

Ostre ropne zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia raka kątnicy.

41-letni mężczyzna był operowany z powodu objawów ostrego zapalenia otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono przedziurawienie kątnicy — otwór o średnicy 2 cm.; w okolicy tej stwierdzono obecność nieznacznej ilości wysięku ropnego. Po wykonaniu hemicolectomii zespolono jelito cienkie z poprzecznicą. Badanie anatomopatolog. stwierdziło utkanie gruczolako - raka. Chory ten wypisany z małą przetoką, był operowany w 4 mies. później z powodu przepukliny pooperacyjnej przez *dr. Gouta:* wycięto bliznę i przetokę, w której znaleziono koniec nitki, dążącej aż do szwu zespoleniowego. Nowrotu nowotworu nie stwierdzono. Chory został wypisany jako zupełnie wyleczony.

Dyskusja:

Dr. Czarkowski opisuje podobny przypadek, jaki niedawno spostrzegał: uważa, że w przypadku stwierdzenia nowotworu kiszki grubej należy postępować odrazu doszczętnie. *Dr. Walc* był obecny przy powtórnej operacji, wykonanej przez *Dra Gouta* w oddziale Walca i stwierdza, że podczas laparotomii nie zauważono nawrotu; zespolenie zdaniem *W.*, zostało nałożone w obrębie zagięcia wątrobowego, jeszcze na wstępnicy. *Doc. Szerszyński:* Omawiany przypadek był spóźniony do zabiegu doszczętnego, należało raczej wyłonić guz i utworzyć przetokę krętnicy. *Dr. Goldstein:* W omawianym przypadku nie było ostrego ropnego zapalenia otrzewnej, a raczej ograniczony ropień w zrostach. Upoważniało to do wykonania odrazu zabiegu doszczętnego.

J. Radlińska:

Wyłączenie odbytu sztucznego.

(streszczenie własne)

62-letnia chora przybyła do naszej Kliniki 5 września 1936 roku z powodu przetoki kałowej w okolicy prawej dolnej ćwiartki brzucha. Wypróżnień drogą naturalną nie miała. W dniu 29 maja 1936 roku była operowana w Klinice prof. Leśniowskiego z powodu ostrego zapalenia wy-

rostka robaczkowego. Wycięto przedziurawiony, zgorzelinowo zmieniony wyrostek, ranę sączkowano. W 6 dni po operacji powstała przetoka kałowa, która utrzymywała się do czasu przybycia chorej do Kliniki.

W tym właśnie czasie stwierdzono: w prawej dolnej ćwiartce brzucha duży ubytek skóry wielkości 10 × 12 cm, wypełniony otwartą i wynicowaną kątnicą i jelitami cienkimi, w których były widoczne cztery otwory; ze wszystkich przetok wydzielał się kał, obżerający skórę. Stwierdzony stan rzeczy pozwalał się domyślać, że wskutek zgorzeli ścian jelit powstała przetoka, która z biegiem czasu, wypierana przez tłocznię brzuszną, zamieniła się czynnościowo w odbyt sztuczny.

B a d a n i e r a d i o l o g i c z n e. Za pomocą wlewu kontrastowego do odbytnicy stwierdzono, że kontrast przechodzi przez odbytnicę, zstępnicę, poprzecznicę aż do kątnicy, z której poprzez przetokę wylewa się nazewnątrz.

Po przygotowaniu skóry przystąpiono w dniu 4 lutego 1937 r. do operacji. Celem zabiegu miało być wyłączenie pętel doprowadzających kał do przetok, a zarazem skierowanie kału drogą naturalną. Licząc się z wiekiem chorej, starano się ograniczyć zabieg do najmniejszych rozmiarów. Po zabezpieczeniu się od zakażonej skóry wyjałowioną ceratką, otwarto poprzez ceratkę jamę brzucha z cięcia pośrodkowego. Zespolono jelito biodrowe z poprzecznicą. Zarówno na jelito cienkie jak i grube, pomiędzy zespoleniem a przetokami, założono po jednej podwiązce z grubej nici lnianej; obie te podwiązki zaciśnięto w tym tylko stopniu, żeby zamknąć światło jelita, nie wywoływać zaś odleżyny w ścianie. Obie nici obszyto pojedyńczymi szwami strunowymi.

W ten sposób kierowano krążenie kału wyłącznie przez zespolenie ku odbytnicy, odcięto mu zaś drogę do przetok. Ranę zaszyto warstwowo doszczętnie. Bezpośredni przebieg pooperacyjny gładki.

Dnia 7 lutego chora oddała stolec drogą naturalną, a przez przetoki kał się nie wydobywał. Dn. 15 lutego po raz pierwszy zauważono ponowne wydobywanie się płynnego kału w małych ilościach przez przetoki. Dnia 14 lutego chora zaczęła gorączkować; stwierdzono głębokie ropienie w powłokach, idące od dolnego końca już zagojonej rany ku spojeniu łonowemu. Onisko ropne nacięto i sączkowano. W dalszym przebiegu chora miała wprawdzie wypróżnienia drogą naturalną, ale i przez przetoki wydobywało się coraz więcej kału. Jednocześnie stan skóry pogorszył się.

Wynikało z tego przebiegu, że połączenie jelit z przetokami zostało przywrócone.

Przeprowadzone w dniu 21 kwietnia ponowne badanie radiologiczne przewodu pokarmowego z podaniem barytu doustnie i za pomocą wlewu wykazało, że udrożniły się przewiązane odcinki zarówno jelita cienkiego jak i grubego przy prawidłowej czynności założonego zespolenia biodrowo-poprzeczniczego.

Wobec powyższego po uprzednim przygotowaniu chorej przystąpiono do ponownej operacji w dniu 28 kwietnia w uśpieniu dożylnym sennarkolem. Operował prof. *Radliński.* Ze względu na wyprysk w otoczeniu odbytu sztucznego na skórę założono wyjałowioną ceratę i poprzez nią otwarto śródbrzusze z cięcia Lennandera w prawo od linii środkowej. Ceratę przyszyto do brzegów cięcia skórnego. Odnaleziono uprzednio zrobione zespolenie między jelitem biodrowym a poprzecznicą i stwierdzono jego drożność. Na pętli doprowadzającej (w stosunku do zespolenia) poprzecznicy w odległości 5 cm od zespolenia stwierdzono okrężne zgrubienie ściany przy pełnym zachowaniu drożności jelita w miejscu uprzednio (przed 3 miesiącami) zawiązanym grubą nicią lnianą w celu wyłączenia. Podobne zgrubienie stwierdzono na odprowadzającym odcinku jelita biodrowego, które w tej samej odległości od zespolenia było podwiązane. W dwóch miejscach, odległych od siebie o 10 cm, jelito biodrowe zmiażdżono, przewiązano i odpalono żegadłem Paquelina oraz na obu kikutach założono szwy dwupiętrowe kapciuchowe. Po podwiązaniu krezki usunięto wspomniany 10-centymetrowy odcinek jelita w celu skrócenia pętli odprowadzającej dla późniejszego przewidywanego jej wycięcia. Podobnie postąpiono z poprzecznicą, otrzymując w ten sposób cztery kikuty, zamknięte szwami kapciuchowymi. Takie postępowanie zapewniło stałe wyłączenie odcinka biodrowego, kątnicy i wstępnicy. Jamę brzuszną zamknięto warstwowo doszczętnie.

Przebieg pooperacyjny gładki. W 2 dni po operacji chora miała wypróżnienie. Od chwili zabiegu przez przetoki kał się nie wydziela. Rana zagoiła się przez rychłozrost. W dwa tygodnie po operacji chora wstała z łóżka. Późniejszy przebieg powikłany był różą powłok brzucha, której objawy cofnęły się po dwóch dniach. Stosowano prontosil domięśniowo i antistreptinę doustnie.

Obecnym zadaniem jest usunięcie wypadania śluzówki jelit oraz wydzielania śluzu z przetok. Próbujemy narazie osiągnąć to chociaż częściowo za pomocą wystrzygania śluzówki bez naru-

szania warstwy mięśniowej jelit, pragnąc w ten sposób uniknąć ponownego poważnego zabiegu wycięcia wyłączonych odcinków jelita.

Dr. Czarkowski: Podwiązanie jelita uniedrożnia jedynie na czas krótki: uważa, że w danym przypadku wyleczenie można uzyskać tylko drogą wycięcia jelita. *Dr. Walc* nie przypuszcza, aby można było w tym przypadku usunąć całkowicie śluzówkę przez stopniowe wycinanie jej. *Dr. Wertheim* sądzi również, że wyłączenie przez podwiązanie nie prowadzi do celu; niekiedy samo zespolenie pomiędzy krętnicą i poprzecznicą może wystarczyć do zamknięcia przetoki kątnicy.

Prof. Radliński: U schorowanej 69-letniej kobiety nie chciał wykonywać większego zabiegu; nie zawsze podwiązanie jelita nie daje, jak w przypadku przedstawionym, spodziewanego wyniku. *R.* stosował takie postępowanie kilkakrotnie z powodzeniem. W dalszym etapie leczenia *R.*, wycinając stopniowo śluzówkę, chce doprowadzić do sformowania się małej przetoki śluzowej, jako wyniku końcowego — żadnego większego zabiegu chora, zdaniem *R.* nie zniesie. *Doc. Szerszyński:* W jednej ze swych prac doświadczalnych podwiązywał u psów wspólny przewód żółciowy i mógł zawsze stwierdzić, że drożność powstawała nanowo. Zgadza się z *R.*, że przez stopniowe wycinanie śluzówki można będzie w tym przypadku otrzymać wynik dodatni. *Dr. Saidman* przeżył podobny do omawianego przypadek, ale u młodego, dobrze odżywionego mężczyzny. Wypadnięcie śluzówki było o wiele mniejsze; można było bez większego ryzyka wykonać hemicolectomię. Sądzi, że i w omawianym przypadku, pomimo rozległego wypadnięcia śluzówki, wyzdrowienie może nastąpić jedynie na drodze hemicolectomii.

Doc. Rutkowski: Przed kilku laty w Klinice Prof. Radlińskiego dokonał resekcji żołądka z powodu nawrotu choroby wrzodowej. U chorej tej wykonano już uprzednio zespolenie i wyłączenie odźwiernika przez podwiązanie go jedwabiem. *R.* stwierdził udrożnienie odźwiernika, a podwiązka jedwabna leżała w niszy nowego wrzodu.

Dr. T. Sokołowski:

Przypadek oderwania ścięgna długiej głowy mięśnia dwugłowego ramienia.

Pokaz chorego; szczegółowy opis przypadku p. „Chirurg Polski" II/6 str. 326—8.

Dyskusja:

Doc. Rutkowski: Operował taki sam przypadek, zabieg wykonał podobnie, jak *S. Dr. Wertheim:* Przypomina, że już w ubiegłym stuleciu *Ciechomski* opisywał podobne przypadki *Jawdyńskiego* i własny. Pomimo zachowawczego postępowania wynik był dobry. W statystyce swej *Liniger* zebrał 100 przypadków takich uszkodzeń nieoperowanych. Po upływie roku wynik we wszystkich przypadkach był dobry.

Dr. Sokołowski odpowiada, że nieleczony przypadek taki musi się skończyć przyrośnięciem obwodowego odcinka ścięgna do pochewki i ostatecznie ścięgno znajdzie przyczep, ale mięsień ulegnie przykurczeniu. To też z punktu widzenia lecznictwa chirurgicznego racjonalna jest jedynie wczesna operacja, ponieważ nie dopuszcza do przykurczenia a przytem skraca czas leczenia. Chirurdzy nie operują tych przypadków, ponieważ zazwyczaj nie rozpoznają tego stanu. I w przedstawionym przypadku chory udawał się do kilku szpitali, zanim zrobiono mu w oddziale *S.* operację.

Prof. Z. Radliński:

Przypadek raka okrężnicy zstępującej.

(str. własne)

Przedstawiam 29-letniego chorego, z zawodu inżyniera, który zgłosił się do mojej Kliniki w marcu 1935 r. z powodu bólów w lewym podżebrzu, trwających od kwietnia roku 1932. Na początku choroby zauważył krwiste zabarwienie moczu, co zostało potwierdzone badaniem moczu. Stwierdziłem u chorego guz wielkości pięści, twardy, nierówny, prawie niebolesny, balotujący, umiejscowiony w górnej części brzucha po stronie lewej. Różnicowałem pomiędzy guzem nerki lewej a guzem okrężnicy zstępującej. Po przeprowadzeniu szczegółowych badań pomocni-

czych (badanie moczu, pyelografia dożylna, chromocystoskopia, badanie kału na obecność krwi utajonej, badanie radiologiczne okrężnicy za pomocą wlewu kontrastowego) zatrzymałem się na rozpoznaniu guza nerki lewej. W marcu 1935 odsłoniłem cięciem Israela nerkę lewą i wówczas mogłem stwierdzić, że nerka ta jest niezmieniona, guz natomiast wychodzi ze ściany zstępnicy. Otworzyłem otrzewnę, uruchomiłem zstępnicę, podwiązałem naczynia jej oraz lewej połowy poprzecznicy i wyłoniłem uruchomioną część okrężnicy wraz z guzem.

Badanie histopatologiczne wycinka wyłonionego stwierdziło carcinoma adenomatosum.

W tydzień po operacji odpaliłem żegadłem Paquelina wyłonione jelito, otrzymując w ten sposób dwulufowy odbyt sztuczny. W dalszym biegu rzeczy za pomocą miażdżenia ostrogi zamieniłem ten odbyt na przetokę kałową, którą w październiku 1935 r. zamknąłem sposobem Dieffenbacha. W maju 1936 r. oraz w rok później t. j. przed miesiącem wykonałem wtórne zabiegi plastyczne, mające na celu zamknięcie drobnych otworków, które pozostały po poprzednich operacjach. Od 2 tygodni przetoka kałowa jest całkowicie zagojona.

Dyskusja:

Doc. Rutkowski: Analogiczną omyłkę rozpoznawczą przeżył w przypadku raka kątnicy. Cierpienie chorej rozpoznawane było przez licznych lekarzy i przez *R.* jako zapalenie woreczka żółciowego. Z tym rozpoznaniem *R.* przystąpił do zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej z dużego cięcia Jalaguièr'a stwierdził, że woreczek żółciowy był nie zmieniony, natomiast znalazł guz kątnicy. Hemicolectomia. Stan pacjentki obecnie dobry.

Dr. J. Kołodziejski:

Przypadek wielostawowego zesztywniającego zapalenia, leczony za pomocą wycięcia przytarczyc i kilkakrotnego odnerwienia tętnic.

Mężczyzna, lat 38, przeniesiony z oddziału wewnętrznego prof. Semerau - Siemianowskiego. Od kilku lat zesztywniające zapalenie wszystkich stawów z przykurczami i niemożnością chodzenia; leczony był salicylem, pyramidonem, siarką bez żadnego wyniku. Badanie krwi wykazuje nieznaczną niedokrwistość. Bilans wapniowy wyrównany. Ilość wapnia we krwi 15 mg. W znieczuleniu miejscowym wycięto przytarczyczki. W 9 dni potem bolesność stawów znacznie mniejsza, ruchy w stawach kolanowych i skokowych większe. Po kilku tygodniach przystąpiono do leczenia miejscowego i wykonano sympaticektomię na kończynach dolnych i na lewej tętnicy ramieniowej. Ruchy we wszystkich stawach znacznie się poprawiły. Wreszcie przystąpiono do czynnego uruchamiania stawów, kąpieli ciechocińskich. Obecnie chory chodzi o własnych siłach, zakres ruchów duży, jedynie nieznaczne ograniczenie ruchów w stawach paliczkowych.

Dyskusja:

Dr. Czarkowski radzi w przypadku tym zastosowanie jeszcze leczenia siarką w postaci kwiatu siarkowego wsypanego do skarpetek. Powolne wchłanianie siarki działa w tych schorzeniach niekiedy nadzwyczaj korzystnie. *Doc. Szerszyński* potwierdza skuteczność takiego postępowania, radzi prócz tego kąpiele siarkowe z dodatkiem nafty, łyżki stołowej na kąpiel.

Prof. Z. Radliński:

Naczyniak jamisty pęcherza moczowego.

Szczegółowy opis przypadku będzie umieszczony w postaci osobnej publikacji w następnym zesz. „Chiruruga Polskiego".

Dr. S. Szenicer:
Przypadek raka odbytnicy z zajęciem narządów rodnych kobiecych.
(str. własne)

Dn. 31.V.1937 r. zgłosiła się do I Kliniki Chirurgicznej 42-letnia chora z trwającymi od 5 miesięcy objawami, charakterystycznymi dla raka odbytnicy.

Badaniem palcem przez odbytnicę stwierdzono na przedniej ścianie odbytnicy w odległości 7 cm. od zwieracza guz wielkości pięści, twardy, kraterowato rozpadający się: górna granica guza była dla palca niedosięgalna; guz uwypuklał się do światła odbytnicy, znacznie je zwężając, z drugiej zaś strony przechodził za trzon macicy i unieruchamiał ją w tyłopochyleniu.

Badaniem przez pochwę stwierdzono poprzez szczyt tylnego sklepienia twarde nacieczenie, odpowiadające danym, uzyskanym podczas badania przez odbytnicę.

Wziernikowaniem pęcherza stwierdzono stosunki prawidłowe. Po odpowiednim przygotowaniu chorej przystąpiono w dniu 5 czerwca do zabiegu operacyjnego. Operował *dr. Dębicki.* Uśpienie dożylne za pomocą sennarkolu. Pierwsze akty operacyjne odbywały się tak, jak w typowej operacji raka odbytnicy metodą krzyżową. Po otwarciu zatoki Douglasa podwiązano naczynia krezkowe, zwolniono część miedniczą prostnicy i dolny odcinek esicy; stwierdzono krwiak jajowodowy lewostronny, twardy guz prawego jajnika wielkości małej mandarynki oraz wrastanie nowotworu do tylnego przymacicza. Po przecięciu więzadeł obłych i miedniczo-lejkowych wyłoniono blok, składający się z prostnicy, macicy, jajników i jajowodów. Nacięto poprzecznie otrzewnę przedniej zatoki Douglasa, po czym zamknięto otrzewnę ścienną wokoło wyłonionej części esicy. Przedłużono cięcie ku dołowi, okalając nim odbyt; posuwając się teraz od dołu ku górze w przestrzeni między pochwą a prostnicą, dotarto do bocznych ścian trzonu macicy, wyosobniono i podwiązano tętnice maciczne obwodowo od miejsca ich rozwidlenia, unikając w ten sposób kolizji z moczowodami. Po odłuszczeniu pęcherza moczowego otworzono przednie sklepienie pochwy, usuwając następnie cały blok wyżej opisany wraz z odbytem. Pochwę zamknięto pojedyńczymi szwami wpuklającymi. Ranę wyłożono sączkami gazowymi, opisany blok odcięto od wyłonionej esicy, której kikut mocno zawiązano tasiemką, nie przyszywając go do skóry, lecz tylko okładając gazą. Brzegi rany zbliżono do siebie jednym szwem.

Podkreślić należy fakt zachowania tylnej ściany pochwy. Szczegół ten jest ważny, jeżeli bowiem wraz z odbytnicą usuwa się macicę, wówczas tylna ściana pochwy stanowi jedyną podporę, nie pozwalającą, ażeby odchylający się ku tyłowi pęcherz moczowy wtłaczał śluzówkę przedniej ściany pochwy do rany. Innymi słowy, zachowując w tych przypadkach przegrodę pochwowo-odbytniczą (jeżeli tylko nie jest ona podejrzana o nacieczenie nowotworowe), zapobiegamy powstaniu przypukliny pęcherzowej oraz wstawianiu się śluzówki przedniej ściany pochwy do rany, co mogłoby nawet uniemożliwić jej zagojenie się i wymagałoby dodatkowych zabiegów w przyszłości.

Bezpośrednio po zabiegu przetoczono chorej 250 cm.^{3} krwi.

Przebieg pooperacyjny gładki, 15 czerwca obfite wypróżnienie. Po parodniowym zatrzymaniu moczu, który musiano wypuszczać cewnikiem, chora zaczęła mocz oddawać sama. Ciepłota jest prawie prawidłowa. Rana żywo ziarninuje, w miejscu założenia szwu brzegi rany są ze sobą zrośnięte.

Badanie histopatologiczne wykazało: gruczolako-rak odbytnicy, nacieczenie nowotworowe tylnego przemacicza oraz guz nowotworowy prawego jajnika o tych samych cechach histologicznych. (Pokaz chorej, pokaz preparatu).

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku .

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe.
2. Technika operacyjna,
3. Oceny i streszczenia.

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. Sprawozdania z posiedzeń i Zjazdów,
2. Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendia, konkursy i t. p.),
3. Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibliografię chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie się ukazały w polskim piśmiennictwie lekarskim; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:
Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:
Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:
Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.